

УДК 616-053.2-083

ББК 53.5

М13

Мазурин А.В., Запруднов А.М., Григорьев К.И.

М13 Общий уход за детьми: Учебное пособие. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1998. — 296 с.: ил. — (Учеб. лит. Для студ. мед. ин-тов. Педиатр, фак.)

ISBN 5-225-04449-2

Третье издание учебного пособия (первое вышло в 1989 г., второе — в 1994 г.) расширено и дополнено главами, в которых освещаются особенности ухода за детьми с эндокринными заболеваниями, острыми кишечными инфекциями, неотложными состояниями. С учетом последних достижений педиатрии изложены вопросы ухода за детьми грудного возраста. По наиболее важным разделам общего ухода за больными детьми приводятся ситуационные задачи.

ББК 53.5

ISBN 5-225-04449-2

© Издательство "Медицина", Москва, 1989

© Издательство "Медицина", Москва, 1998

Все права авторов защищены. Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	7
-------------	---

Часть I

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Глава 1.	Организация работы детских лечебно-профилактических учреждений	9
	<i>Контрольные вопросы</i>	30
Глава 2.	Значение некоторых анатомо-физиологических особенностей детского организма при организации ухода за детьми	30
	<i>Контрольные вопросы</i>	47
Глава 3.	Этика и деонтология медицинского работника при уходе за детьми	47
	<i>Контрольные вопросы</i>	60
Глава 4.	Обязанности младшего и среднего медицинского персонала	60
	<i>Контрольные вопросы</i>	76
Глава 5.	Санитарно-противоэпидемический режим в детской больнице	76
	<i>Контрольные вопросы</i>	86
Глава 6.	Личная гигиена ребенка	86
	<i>Контрольные вопросы</i>	95
Глава 7.	Питание детей в больнице	95
	<i>Контрольные вопросы</i>	ПО
Глава 8.	Особенности ухода за детьми грудного возраста	111
	<i>Контрольные вопросы</i>	130
Глава 9.	Основы воспитания детей раннего возраста	131
	<i>Контрольные вопросы</i>	150

Часть II

УХОД И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ

Глава 10.	Уход и наблюдение за больным с высокой температурой тела	151
	<i>Контрольные вопросы</i>	154
Глава 11.	Уход и наблюдение за детьми с заболеваниями кожи	155
	<i>Контрольные вопросы</i>	162

Глава 12.	Уход и наблюдение за детьми с заболеваниями органов дыхания
	<i>Контрольные вопросы.</i>
Глава 13.	Уход и наблюдение за детьми с заболеваниями сердечно-сосудистой системы
	<i>Контрольные вопросы.</i>
Глава 14.	Уход и наблюдение за детьми с заболеваниями желудочно-кишечного тракта
	<i>Контрольные вопросы.</i>
Глава 15.	Уход и наблюдение за детьми с заболеваниями почек и мочевыводящих путей
	<i>Контрольные вопросы.</i>
Глава 16.	Уход и наблюдение за детьми с повышенной кровоточивостью и заболеваниями крови
	<i>Контрольные вопросы.</i>
Глава 17.	Уход за детьми, больными острыми кишечными инфекциями
	<i>Контрольные вопросы.</i>
Глава 18.	Уход и наблюдение за детьми с заболеваниями желез внутренней секреции
	<i>Контрольные вопросы.</i>
Глава 19.	Первая доврачебная помощь при несчастных случаях и отравлениях
	<i>Контрольные вопросы.</i>

Часть III

ТЕХНИКА МЕДИЦИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ

Глава 20.	Ежедневные обязательные (простые) манипуляции
Глава 21.	Техника выполнения процедур, воздействующих на кровообращение
Глава 22.	Техника взятия материала для лабораторных исследований
Глава 23.	Техника выполнения лечебных манипуляций. . .
Глава 24.	Техника введения лекарственных средств. . . .
Глава 25.	Техника парентерального введения лекарственных средств
Глава 26.	Подготовка ребенка к рентгенологическому и интраскопическому обследованиям
Приложение 1.	Ситуационные задачи для контроля и самоконтроля
Приложение 2.	Календарь профилактических прививок в Российской Федерации

ПРЕДИСЛОВИЕ

После выхода второго издания учебного пособия прошло 4 года. За этот период авторы получили ряд рекомендаций и предложений по совершенствованию методики преподавания курса общего ухода за детьми. Некоторые замечания были учтены при подготовке настоящего издания, другие, в связи со строго лимитированным количеством часов, отведенных для преподавания данной дисциплины, мы не смогли принять во внимание. Кроме того, в профессиональной подготовке детского врача существует определенная последовательность изложения теоретического материала и усвоения практических навыков.

По сравнению с предыдущими изданиями в учебное пособие добавлены главы "Уход за детьми, больными острыми кишечными инфекциями" (написана при участии докт. мед. наук Л.Н.Мазанковой), "Уход и наблюдение за детьми с заболеваниями желез внутренней секреции", "Первая доврачебная помощь при несчастных случаях и отравлениях". Освоение данных разделов является неотъемлемой частью подготовки медицинских сестер и врачей-педиатров.

Помимо овладения материалом, изложенным в настоящем издании, важной является работа студентов младших курсов в детских лечебно-профилактических учреждениях, где вырабатывается "подход" к ребенку, студент учится разговаривать с ним на взаимоприемлемом языке, начинает понимать психологию детей различного возраста.

Важнейшей составной частью данного курса является воспитание с первых лет обучения у студентов медицинского института чувства мило-

сердия и сопереживания за судьбу их пациентов, формирование любви к избранной трудной и беспокойной профессии детского врача. Это по существу подготовительный этап к изучению пропедевтики детских болезней, овладению знаниями среднего медицинского персонала. Предлагаемое учебное пособие предназначено для студентов второго курса, занимающихся по предмету "Общий уход за детьми", и студентов третьего курса, проходящих сестринскую практику.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Глава I

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДЕТСКИХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Государственная система лечебно-профилактической помощи детям, принятая в нашей стране, состоит из трех основных функционально связанных между собой звеньев: детская поликлиника — детская больница — детский санаторий.

Основные типы детских лечебно-профилактических учреждений: детская больница (стационар), детская поликлиника, детский санаторий.

Помимо этого, медицинская помощь может быть оказана детям в специализированных отделениях больниц и поликлиник для взрослых, детских родильных домов, консультативно-диагностических центров и т.д.

Лечебно-профилактическая помощь, в основном профилактическая, оказывается также в учебно-воспитательных учреждениях, таких как дом ребенка, комплекс ясли — сад, школа, оздоровительный лагерь (в том числе санаторного типа) и др.

Знание специфики работы и предназначения каждого учреждения необходимо для будущего педиатра. В системе детских лечебно-профилактических учреждений детская больница играет особую роль. Именно сюда госпитализируют тяжелобольных, здесь сконцентрировано современное диагностическое оборудование, работают высококвалифицированные врачи и медицинские сестры.

Детская больница — лечебно-профилактическое учреждение для детей в возрасте до 14 лет включительно, нуждающихся в постоянном (стационарном) врачебном наблюдении, интенсивной терапии или специализированной помощи. Существуют различные типы детских больниц. По профилю они делятся на многопрофильные и специализированные, по системе организации — на объединен-

ные с поликлиникой и необъединенные, по объему деятельности — на больницы той или иной категории, определяемой мощностью (числом коек). Кроме того, в зависимости от административного деления различают районные, городские, клинические (если на базе больницы работает кафедра медицинского или научно-исследовательского института), областные, республиканские детские больницы.

Основная цель современной детской больницы — восстановление здоровья больного ребенка. Для выполнения данной цели для каждого больного решаются целесообразные этапы помощи: диагностика заболевания, неотложная терапия, основной курс лечения и реабилитация (включая меры социальной помощи).

На детский стационар возлагаются определенные обязанности, главными из которых являются следующие:

- оказание детям высококвалифицированной лечебной помощи;
- внедрение в практику современных методов диагностики, лечения и профилактики;
- консультативная и методическая работа.

В каждой детской больнице имеются приемное отделение (приемный покой), стационар (лечебные отделения), лечебно-диагностическое отделение или соответствующие кабинеты и лаборатории, патологоанатомическое отделение (морг), вспомогательные подразделения (аптека, пищеблок, кабинет медицинской статистики, медицинский архив, административно-хозяйственная часть, библиотека и т.д.).

Развитие стационарной медицинской помощи детям в настоящее время имеет тенденцию к централизации отдельных больничных служб. Создаются лечебно-диагностические и консультативные центры, патологоанатомические, стерилизационные отделения и другие службы, обеспечивающие работу нескольких больниц города, области.

Штатное расписание детской больницы включает должности главного врача, заместителя главного врача по лечебной части, заместителя главного врача по хозяйственной части, заведующих отделениями, врачей (ординаторов), старших медицинских сестер, медицинских сестер, младших медицинских сестер, в обязанности которых вхо-

дат обеспечение высококвалифицированной медицинской помощи и ухода за больными детьми. В крупных детских больницах предусмотрена должность педагога, проводящего воспитательную работу с детьми. Выделяются штаты по отдельным хозяйственным и техническим специальностям (повара, инженеры, слесари, бухгалтеры и др.).

Работа приемного отделения (покоя). Первая встреча заболевшего ребенка с медицинским персоналом происходит в приемном отделении. Главная задача приемного отделения — организация приема и госпитализации больных детей. От правильной и оперативной работы этого отделения во многом зависит успех последующего лечения. При поступлении больного устанавливают предварительный диагноз, оценивают обоснованность госпитализации, если необходимо, оказывают неотложную медицинскую помощь.

Приемное отделение состоит из вестибюля-ожидальни, приемно-смотровых боксов, изоляционных боксов на 1 койку, санитарного пропускника, кабинета врача, процедурной-перевязочной, лаборатории для срочных анализов, комнаты для медицинского персонала, туалета и других помещений. Число приемно-смотровых боксов должно составлять 3 % от количества коек в больнице.

Работники приемного отделения ведут учет движения больных (регистрация поступающих, выписанных, переведенных в другие стационары, умерших), проводят врачебный осмотр больного, оказывают экстренную медицинскую помощь, осуществляют направление в соответствующее отделение, санитарную обработку, изоляцию инфекционных больных. В этом же отделении имеется справочная.

Наличие нескольких приемно-смотровых боксов позволяет вести отдельно прием терапевтических, хирургических и инфекционных больных, детей грудного возраста и новорожденных.

Реанимационное отделение располагают обычно рядом с приемным отделением, поэтому при поступлении больного в крайне тяжелом состоянии его сразу же помещают в реанимационное отделение, по существу минуя приемное отделение. Вся необходимая документация оформляется "по ходу" оказания необходимой интенсивной терапии. Неотложная помощь ребенку, кроме того, может

быть оказана в палате интенсивной терапии, которая размещается при приемном отделении.

Дети доставляются в больницу машиной скорой медицинской помощи или родителями по направлению врача детской поликлиники и других детских учреждений или без направления ("самотеком"). Помимо талона (направления) на госпитализацию, предоставляются и другие документы: выписка из истории развития ребенка, данные лабораторных и инструментальных исследований, сведения о контактах с инфекционными больными. Без документов больные могут быть приняты в больницу только при неотложных состояниях.

При поступлении ребенка в больницу без ведома родителей последних немедленно извещают об этом сотрудники приемного отделения. В случае невозможности получить сведения о ребенке и его родителях поступление больного регистрируют в специальном журнале и делают заявление в милицию.

В крупных детских больницах прием больных ведет специально выделенный персонал, в небольших больницах — дежурный персонал. Прием больного ребенка ведется в строгой последовательности: регистрация, врачебный осмотр, необходимая лечебная помощь, санитарная обработка, перевод (транспортировка) в соответствующее отделение.

Медицинская сестра регистрирует поступление больного в журнале, заполняет паспортную часть "Медицинской карты стационарного больного", ф. № 003/у (истории болезни), вписывает номер страхового полиса, измеряет температуру тела, сообщает врачу полученные сведения.

После осмотра ребенка врачом медицинская сестра получает от врача рекомендации о характере санитарной обработки. Обычно санитарная обработка заключается в проведении гигиенической ванны или душа; при выявлении педикулеза (вшивости) или обнаружении гнид производится соответствующая обработка волосистой части головы, белья. Исключение составляют больные, находящиеся в крайне тяжелом состоянии. Им оказывают первую медицинскую помощь и лишь при отсутствии противопоказаний производят санитарную обработку.

После санитарной обработки ребенка транспортируют в лечебное отделение. Так называемые плановые больные не должны задерживаться в приемном покое более 30 мин.

При массовом поступлении больных соблюдается определенный порядок очередности госпитализации: сначала оказывают помощь тяжелобольным, затем больным в состоянии средней тяжести и в последнюю очередь "плановым" больным, не нуждающимся в срочном лечении.

Детей с признаками инфекционного заболевания помещают в боксы-изоляторы. Заполняют "Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку" (ф. № 058/у), которое немедленно направляют в центр санитарно-эпидемиологического надзора.

Персонал приемного отделения ведет журналы приема госпитализированных детей, отказов в госпитализации, количества свободных мест в отделениях, а также алфавитную книгу (для справочной службы).

Детей первых лет жизни госпитализируют с одним из родителей. Число коек для матерей должно составлять 20 % от общего числа коек в детской больнице. Новорожденных и детей грудного возраста госпитализируют вместе с матерями.

При переводе ребенка в лечебное отделение персонал приемного покоя предупреждает заведующего отделением и постовую медицинскую сестру о поступлении к ним нового пациента, информирует их о тяжести состояния и поведении ребенка во время приема. В вечернее и ночное время (после 15 ч) все эти сведения передаются постовой медицинской сестре, а при поступлении тяжелобольных — и дежурному врачу.

Персонал приемного отделения должен быть внимателен и приветлив с детьми и родителями, учитывать состояние ребенка, переживания родителей. Нужно стремиться сократить время адаптации ребенка к новой для него обстановке.

Справочная (информационная служба) организуется при приемном отделении. Здесь родители могут узнать о состоянии здоровья детей. Справочная ежедневно должна иметь сведения о месте пребывания, тяжести состояния и температуре тела каждого ребенка. Эти сведения можно сообщать родителям по телефону.

Чинспортировка детей из приемного покоя в лечебные отделения стационара может осуществляться несколькими путями. Вид транспортировки выбирает врач. Дети, находящиеся в удовлетворительном состоянии, идут в отделе-

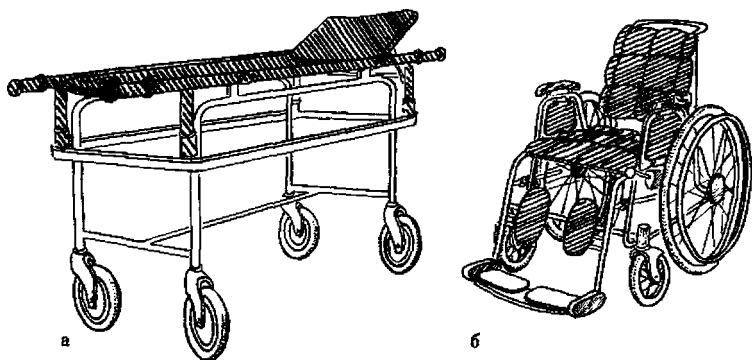


Рис. 1. Средства транспортировки больных детей,
а — носилки-каталка; б — кресло-каталка.

ние сами в сопровождении медицинского работника. Детей младшего и грудного возраста несут на руках. Тяжелобольных транспортируют на носилках, установленных на специальной каталке (рис. 1, а). Все носилки-каталки должны быть заправлены чистыми простынями, а в холодное время года и одеялами. Простынь меняют после каждого больного, а одеяло проветривают. Некоторых больных, например детей с гемофилией при наличии кровоизлияния в суставы, доставляют в кресле-каталке (рис. 1, б).

Приемное отделение обеспечивается необходимым количеством носилок-каталок и кресел-каталок для транспортировки больных детей в отделения.

Детей, находящихся в крайне тяжелом состоянии (шок, судороги, массивное кровотечение и т.д.), направляют сразу в реанимационное отделение или палату интенсивной терапии.

В палате тяжелобольного с носилок-каталки переключают на постель: одну руку подводят под лопатки, а другую — под бедра больного, при этом ребенок руками обхватывает шею медицинской сестры. Если больного переносят два человека, то один поддерживает больного под лопатки и поясницу, второй — под ягодицы и голени.

Положение носилок-каталок по отношению к кровати каждый раз выбирают исходя из оптимальной для больного позы (рис. 2).

Работа лечебного отделения. Главные

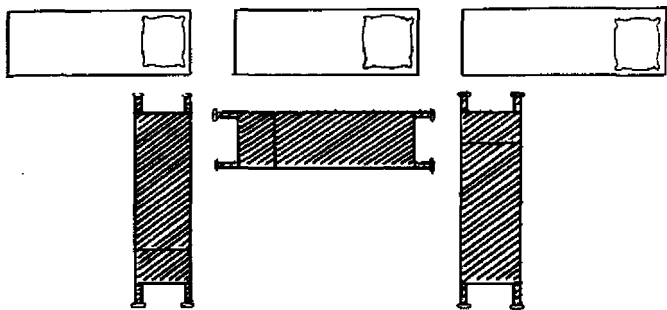


Рис. 2. Варианты расположения носилок-каталки по отношению к кровати больного.

задачи медицинского персонала лечебного отделения постановка правильного диагноза и проведение эффективного лечения. Успех лечения зависит от четкой работы врачей, среднего и младшего медицинского персонала, а также соблюдения лечебно-охранительного (больничного) и санитарно-противоэпидемического режимов, слаженности работы вспомогательных служб.

Под больничным режимом понимают установленный распорядок пребывания и лечения больного ребенка в условиях стационара.

Больничный режим определяется рядом факторов и прежде всего необходимостью создания условий для полноценного лечения, а также быстрой социальной и психологической адаптации ребенка к новым для него условиям. Для создания комфортных условий лечебно-охранительный режим включает психотерапевтические воздействия и воспитательные мероприятия. Строгие требования предъявляются к соблюдению режима сна и отдыха. Окружающая обстановка (удобная мебель, цветы, телевизор, телефон и т.д.) должна удовлетворять современным требованиям.

Распорядок дня для больных детей независимо от профиля лечебного отделения включает следующие элементы: подъем, измерение температуры тела, выполнение назначений врача, врачебный обход, лечебно-диагностические процедуры, прием пищи, отдых и прогулки, посещение детей родителями, уборка и проветривание помещений, сон. Существенное значение имеет проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Стационар лечебного отделения состоит из изолированных палатных секций по 30 коек каждая, а для детей в возрасте до 1 года — по 24 койки. Палатные секции не должны быть проходимыми. В стенах и перегородках рекомендуется делать стеклянные проемы. Для детей первого года жизни предусматриваются боксированные и полубоксированные палаты: от 1 до 4 коек в каждом боксе. В палатах для детей старше 1 года допускается не более 4—6 коек. В целях удобства обслуживания организуется сестринский пост на несколько палат.

Система боксов и отдельных секций позволяет при случайном заносе инфекции предупредить распространение заболеваний. Последние обычно возникают, если дети госпитализируются в инкубационном периоде заболевания, когда отсутствуют какие-либо проявления болезни. Для детских больниц разработаны специальные нормативы числа помещений в лечебном отделении и их площадей, которые представлены ниже.

Перечень помещений лечебного отделения детской больницы

<i>Помещение</i>	<i>Площадь, м²</i>
Полубокс на 1 койку	22
Палата на 1 койку, без шлюза	9
» на 1 койку, со шлюзом	12
Палаты на 2, 3 и 4 койки	6 на 1 койку
Кабинет врача (ординаторская)	10
Процедурная	18
Пост медицинской сестры в отделении для детей:	
до 1 года	10
старше 1 года	4
Буфетная, оборудованная машиной для мытья и стерилизации посуды	25
Столовая (для детей старше 3 лет)	18
Комната для игр	25
Место для каталок и передвижных кресел	4
Веранда отапливаемая (из расчета 50 % количества коек)	2,5 на 1 койку
Санитарные узлы для больных:	
умывальник (отдельно для мальчиков и девочек) с мойками для ног	
(1 умывальник на 6 коек)	4 + 4

Продолжение перечня

Помещение	Площадь, м¹
туалет (отдельно для мальчиков и девочек)	6 + 6
ванная для детей в возрасте старше 1 года (2 ванны с душевой сеткой в каждой ванной комнате; ванны для детей в возрасте до 1 года устанавливаются в палатах)	12
горшечная	8
кабина для личной гигиены девочек	5
Кабинет заведующего отделением	12
Комната старшей сестры	10
» сестры-хозяйки	10
» персонала	8
Физиотерапевтический кабинет	15
Туалет для персонала	1,5
» для матерей	1,5
Помещения:	
для хранения теплых вещей и одевания детей	8
для мытья и стерилизации суден, горшков, , мытья и сушки клеенок	8
для сортировки и временного хранения грязного белья	8
для хранения предметов уборки помещения	4
* » чистого белья	4
> сцеживания и стерилизации грудного молока	15
для хранения переносной физиотерапев- тической аппаратуры	6
для матерей	6 на 1 место

Помещения для матерей следует выделять вне лечеб-ного отделения, но вблизи палат для детей в возрасте до 1 года.

Оборудование палат и оснащение отделений зависят от их профиля, специфики работы медицинского персонала и необходимости создания оптимальных условий для выполнения персоналом служебных обязанностей.

Специфика работы лечебного отделения заключается в необходимости максимальной изоляции и разобщения детей, постоянной работе по профилактике внутриболь-ничных инфекцхвд. Для этого в палатах используются раз-

личного рода ширмы, предусматриваются боксы и полубоксы. Отделения оснащены бактерицидными лампами. Инвентарь и помещения периодически обрабатывают дезинфицирующими средствами. Персонал и посетители соблюдают санитарно-гигиенический режим отделения.

Для оказания неотложной помощи детям в лечебном отделении организуют палаты интенсивной терапии и временной изоляции, которые обслуживают специально подготовленные медицинские сестры. Палаты интенсивной терапии должны быть обеспечены централизованной подачей кислорода, устройствами для внутривенного дозированного введения жидкостей, малыми хирургическими наборами, электроотсосами, наборами препаратов для неотложной терапии, схемами оказания помощи при отравлениях и неотложных состояниях, лечения токсикозов.

В случае необходимости должна существовать возможность быстрого перевода ребенка из лечебного отделения в отделение реанимации.

В штатном расписании лечебного отделения предусмотрены следующие должности: заведующий отделением, врачи, старшая медицинская сестра, медицинские сестры, младшие медицинские сестры, сестра-хозяйка.

В крупных больницах в каждом отделении работают педагоги-воспитатели, в функции которых входит организация занятий и отдыха детей. Дети с 6-летнего возраста занимаются по школьной программе и изучают основные предметы: математику, русский язык и др.; при выписке из больницы им выставляют оценки.

При выздоровлении и стойком улучшении состояния ребенка выписывают из больницы, а в случае необходимости (оказание специализированной помощи) переводят в другое лечебно-профилактическое учреждение. О выписке ребенка оповещают родителей и детскую поликлинику. Врач готовит выписной эпикриз.

П а л а т ы д л я б о л ь н ы х . В каждой палате обычно находятся 2—6 больных. По принятым нормам на одну койку приходится 6,5—7,5 м² площади пола с отношением площади окон к площади пола 1:6. Распределение детей в палатах осуществляется по возрасту, полу или принципу однородности заболеваний.

Койки в палатах размещают так, чтобы к ребенку можно было подойти со всех сторон. Во многих детских лечебных учреждениях палаты разделены стеклянными перегородками, что позволяет вести наблюдение за детьми.

Современное устройство палат включает централизованную подачу кислорода к каждой койке, а также сигнализацию на сестринский пост или в коридор — звуковую (тихий зуммер) или световую (красную лампочку) для вызова персонала.

В палатах для новорожденных, помимо кроваток, размещают пеленальный стол, весы, детскую ванну, подводят кислород; горячую и холодную воду, обязательно устанавливают бактерицидную лампу. Вместо пеленального стола можно использовать индивидуальные кроватки с откидными спинками.

Детей грудного возраста распределяют по палатам с учетом характера заболевания и тяжести состояния. Соблюдается последовательность заполнения палат. Новорожденных и недоношенных детей помещают отдельно. Выделяют палаты (боксы) для новорожденных с пневмониями, гнойно-септическими заболеваниями и др. В одну палату можно помещать только неинфицированных детей.

С больными новорожденными и недоношенными детьми контактирует главным образом медицинский персонал, строго соблюдающий санитарный режим (сменная обувь, чистые халаты, маски и т.д.). Матери допускаются к ребенку на период кормления. В необходимых случаях мать принимает участие в уходе за ребенком. В настоящее время в ряде родильных домов мать в послеродовом периоде находится вместе с ребенком в одной палате.

Боксы детского отделения. Основное назначение бокса — изоляция инфекционных больных и детей с подозрением на инфекционное заболевание с целью профилактики внутрибольничных инфекций. Выделяют открытые и закрытые боксы (полубоксы). В открытых боксах больные разделены перегородками, которые установлены между кроватями. Изоляция в открытых боксах несовершенна и не предохраняет от распространения капельных инфекций. Закрытые боксы — это часть палаты с дверью, отделенная застекленной до потолка перегородкой. Каждый бокс должен иметь естественное освещение, туалет, необходимый набор предметов медицинского и бытового назначения для обслуживания детей.

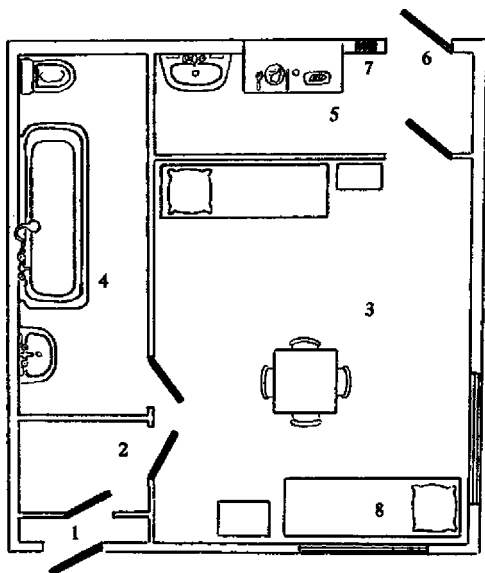


Рис. 3. План мельцеровского бокса.

1 — вход для больных с улицы; 2 — предбоксник (передняя с тамбуром); 3 — бокс; 4 — санузел; 5 — шлюз для персонала; 6 — вход в бокс для медицинского персонала; 7 — окно для подачи пищи; 8 — кровать для больного.

Недостатком этого способа изоляции является то, что боксы имеют выход в общий коридор отделения.

Наиболее оправданной является изоляция детей в закрытом, индивидуальном, или мельцеровском, боксе (предложен в 1906 г. петербургским инженером Э.Ф. Мельцером) (рис. 3).

Конструкция мельцеровского бокса предусматривает устранение любого контакта больного с другими детьми на протяжении всего периода лечения.

Больной ребенок поступает в предназначенный для него бокс непосредственно с улицы, а при переводе в другую больницу или выписке выходит из него тем же путем. Новых больных помещают в мельцеровский бокс только после его тщательной влажной дезинфекции.

Каждый индивидуальный бокс обычно состоит из следующих помещений: предбоксника (передняя с тамбу-

ром); палаты или смотрового кабинета (здесь ребенок остается на весь период изоляции); санитарного узла с горячей и холодной водой, раковиной, ванной и унитазом; шлюза для персонала.

Выход больных из бокса во внутренний коридор запрещен. Медицинская сестра (или врач) входит в шлюз из внутреннего коридора, плотно закрывает наружную дверь, моет руки, при необходимости надевает второй халат, колпак или косынку, после этого переходит в помещение, где находится больной ребенок. При выходе из палаты все операции выполняются в обратном порядке. В целях предупреждения распространения инфекции необходимо следить, чтобы в момент открывания двери из шлюза во внутренний коридор отделения дверь, ведущая в палату с больным ребенком, была плотно закрыта. Еда для больных передается через окно для подачи пищи.

Если в боксе находится ребенок, больной ветряной оспой, то возникает необходимость в более строгой изоляции. В этом случае двери шлюза, выходящие во внутренний коридор отделения, наглухо закрывают, а стекла дверей заклеивают бумагой. Персонал входит в бокс со стороны улицы.

Детская поликлиника — лечебно-профилактическое учреждение, обеспечивающее в районе деятельности внебольничную медицинскую помощь детям от рождения до 14 лет включительно.

Прием больных детей в поликлинике ведут педиатры и врачи других специальностей. В поликлинике производятся также лабораторные, рентгенологические и другие виды исследований. Первично заболевшим детям, особенно с повышенной температурой тела и подозрением на инфекционное заболевание, медицинскую помощь оказывают врач и медицинские сестры поликлиники на дому. При выздоровлении или улучшении состояния здоровья дети посещают врача в поликлинике. Кроме того, в поликлинике постоянно наблюдаются и здоровые дети. Врач осматривает здорового ребенка на первом году жизни ежемесячно, затем раз в квартал, а детей старше 3 лет — раз в год. Основной целью такого наблюдения является предупреждение заболеваний. Врачи и медицинские сестры поликлиники консультируют родителей по вопросам воспитания, питания детей и ухода за ними.

Все дети находятся на диспансерном учете, регулярно

осматриваются не только педиатрами, но и врачами других специальностей. При многих детских поликлиниках созданы централизованные пункты неотложной помощи, работающие круглосуточно.

Детская поликлиника должна иметь основные педиатрические отделения, специализированные кабинеты (в них прием ведут отоларинголог, офтальмолог, невропатолог, травматолог-ортопед, хирург и др.), диагностические кабинеты, кабинеты физиотерапии и лечебной физкультуры, донорский пункт грудного молока. В каждой поликлинике функционирует процедурный кабинет, где делают прививки, инъекции, ставят банки, проводят другие лечебные мероприятия. Отделение восстановительного лечения может располагать бассейном, сауной, тренажерным залом и залом для спортивных игр. Перечень помещений детской поликлиники представлен ниже.

Перечень помещений детской поликлиники

<i>Помещение</i>	<i>Площадь, м²</i>
Вестибюль-гардеробная	0,4 на каждого ребенка, находящегося в поликлинике
Регистратура	Не менее 10
Ожидальня	2,3 на каждого ребенка и сопровождающего
Фильтр для приема детей	12
Индивидуальный бокс для приема детей	15
Процедурная	18
Диагностическое отделение, отделение восстановительного лечения, кабинеты врачей, лаборатории, а также подсобные помещения	В соответствии со строительными нормами и правилами
Молочно-раздаточный пункт:	
вестибюль-ожидальня	20
раздаточная	15
подсобные помещения	10

Организация работы участковой медицинской сестры на педиатрическом участке. Организация правильного ухода за детьми на педиатрическом

участке определяется уровнем теоретической подготовки медицинской сестры и техникой владения медицинскими манипуляций.

В работе участковой медицинской сестры выделяются следующие разделы:

- профилактическая,
- лечебная,
- организационная.

Профилактическая работа. Борьба за здорового ребенка начинается задолго до его рождения, когда участковая медицинская сестра осуществляет дородовые патронажи. Патронажная работа с беременными проводится совместно с акушеркой женской консультации.

Первый дородовой патронаж к беременной медицинская сестра проводит в течение 10 дней с момента поступления сведений о беременной в женскую консультацию. Во время знакомства с будущей матерью устанавливаются доверительные отношения, которые позволяют провести беседу о большой ответственности быть матерью и о необходимости обязательного сохранения беременности. Медицинская сестра выясняет состояние здоровья беременной, факторы, которые оказывают неблагоприятное влияние на здоровье женщины и ребенка (вредные привычки, профессиональные вредности, наследственные заболевания в семье, экстрагенитальная патология), дает советы по питанию беременной, режиму дня, приглашает беременную в школу матерей.

На 32-34-й неделе беременности участковая медицинская сестра проводит второй дородовой патронаж, во время которого выясняет состояние здоровья беременной за период, прошедший между двумя посещениями, перенесенные заболевания, контролирует соблюдение режима дня, питания, уточняются предполагаемые сроки родов и адрес, по которому будет жить семья после родов. Проводится обучение беременной технике массажа грудных желез, даются рекомендации по содержанию детской комнаты, организации уголка новорожденного, приобретению необходимых предметов ухода за новорожденным и одежды.

Важным разделом профилактической работы с новорожденным ребенком являются патронажные посещения

медицинской сестры на дому. Первый патронаж к новорожденному проводится совместно участковым педиатром и участковой медицинской сестрой в первые ^ ^ НЯ после выписки из родильного дома. Дети из I руййї "риска" посещаются в день выписки. Ребенок осматривается педиатром и на основании данных анамнеза и осмотра проводится комплексная оценка здоровья ребенка, в связи с которой врач-педиатр дает рекомендации по режиму дня, питанию и уходу за ребенком. Медицинская сестра обрабатывает кожу и пупочное кольцо ребенка, объясняет и показывает матери, как надо выполнять советы врача, обучает мать технике "свободного пеленания", ухода за кожей, глазами, носом ребенка, подготовке и технике купания ребенка. При необходимости присутствует при первом купании.

Медицинская сестра разъясняет родителям порядок хранения и ухода за бельем новорожденного ребенка, организацию прогулок, правила прикладывания к груди, объясняет правила ежедневной влажной уборки помещения, проветривания, соблюдения температурного режима, тщательной гигиены при уходе за ребенком, рассказывает о необходимости перемены положения ребенка в кроватке, знакомит мать с порядком работы детской поликлиники.

. Повторные патронажи к ребенку в первом полугодии /жизни проводятся 2 раза в месяц, во втором полугодии — 1 раз в месяц или чаще — по усмотрению участкового педиатра. Во время повторных патронажей к новорожденному и ребенку первого года жизни участковая медицинская сестра проверяет соблюдение санитарно-гигиенических требований, осматривает ребенка, оценивает выполнение матерью рекомендаций и ее навыки по уходу за ребенком, наличие у ребенка умений и навыков, соответствующих возрасту, обучает мать проведению массажа и гимнастики.

В профилактической работе с детьми второго и третьего года жизни ведущее место занимают вопросы закаливания и физического воспитания. На втором году жизни медицинская сестра посещает ребенка 1 раз в квартал, на третьем году — 1 раз в полгода. Цель патронажа — контроль за выполнением назначений участкового врача, проведение бесед по организации режима питания, закаливающих процедур, физических упражнений.

К профилактической работе участковой медицинской сестры относится также участие в проведении врачебного приема. Участковый врач и участковая медицинская сестра являются ответственными за диспансеризацию всех детей, проживающих на педиатрическом участке, прежде всего детей дошкольного возраста, воспитывающихся в домашних условиях. Если в поликлинике нет дошкольно-школьного отделения, то участковая медицинская сестра помогает врачу выполнять всю необходимую работу по медицинскому обеспечению организованных коллективов.

Лечебная работа. В лечебную работу входит оказание медицинской помощи остро заболевшим детям и детям, страдающим хроническими заболеваниями, в период обострения, а также диспансерное наблюдение за детьми, отнесенными к группе "риска", а также за детьми, страдающими врожденными и хроническими заболеваниями.

Очень важной и ответственной является работа медицинской сестры по оказанию лечебной помощи тяжело больным детям, для которых организован "стационар на дому". Эта форма лечения применяется при невозможности, по каким-либо причинам, госпитализировать тяжело больного ребенка в стационар. В таких случаях медицинская сестра регулярно, несколько раз в день посещает ребенка, выполняет необходимые лечебные назначения, контролирует проведение на дому лабораторно-диагностических исследований, осмотры врачей-специалистов, а также выполнение родителями рекомендаций лечащего врача. Медицинская сестра должна подробно разъяснить матери признаки, свидетельствующие об ухудшении состояния здоровья ребенка, и рекомендовать при их появлении немедленно обращаться к врачу или вызывать "скорую помощь".

При направлении ребенка в стационар участковая медицинская сестра контролирует (по телефону или при непосредственном посещении семьи) ход госпитализации. Если ребенок по каким-либо причинам не госпитализирован, незамедлительно сообщает об этом участковому врачу-педиатру или заведующему педиатрическим отделением.

Организационная работа. Медицинская сестра должна быть хорошо знакома с учетно-отчетной документацией,

используемой в работе на педиатрическом участке. Основным документом, заполняемым в поликлинике, является "История развития ребенка" (ф. № 112/у). Истории хранятся в регистратуре, от четкой деятельности которой зависит рациональная организация приема детей. К работе в регистратуре и ведению учетной документации привлекается средний и младший медицинский персонал. В последние годы в некоторых поликлиниках истории развития ребенка выдаются родителям на руки. Это позволяет вызванным на дом дежурным врачам и врачам скорой медицинской помощи легче и быстрее определить тяжесть состояния и характер заболевания ребенка, соблюдать преемственность в оказании лечебной помощи.

Учет всех детей с хронической патологией ведется по форме № 030/у, которая позволяет организовать систематическое активное наблюдение, заполняя результаты лабораторно-диагностических обследований, противорецидивных лечебно-оздоровительных мероприятий, предупреждающих обострение и прогрессирование заболеваний.

Работа участковой медицинской сестры осуществляется в соответствии с планом, составленным под руководством врача-педиатра, на основании анализа показателей здоровья детей и результатов лечебно-профилактической работы на педиатрическом участке за предшествующий период. Ниже представлена схема плана работы участковой медицинской сестры на один месяц.

<i>№ п/п</i>	<i>Наименование мероприятий</i>	<i>Срок испод- нения</i>	<i>Отметка о выпал- нении</i>	<i>Причина невыпол- нения</i>
1.	Проведение дородовых патронажей к беременным (пофамильный список)			
2.	Проведение патронажей к новорожденным (пофамильный список)			
3.	Проведение патронажных посещений к здоровым детям 1 -го года жизни, не посещающим детские дошкольные учреждения (пофамильный список)			

Л* п/п	Наименование мероприятий	Срок испол- нения	Отметка о выпал- нении	Причина невыпол- нения
4.	Проведение патронажных посещений к здоровым детям от 1 года до 3 лет, не посещающим детские дошкольные учреждения (пофамильный список)			
5.	Проведение патронажных посещений к здоровым детям от 3 до 7 лет, не посещающим детские дошкольные учреждения (пофамильный список)			
6.	Проведение патронажных посещений к детям из группы "риска" (пофамильный список)			
7.	Провести расчет питания детям, страдающим гипотрофией (пофамильный список)			
8.	Обеспечить проведение профилактических прививок (пофамильный список)			
9.	Проведение специфической профилактики рахита (пофамильный список)			
10.	Патронажные посещения детей с целью контроля за подготовкой их в детские дошкольные учреждения			
11.	Обеспечить проведение дегельминтизации			
12.	Провести анализ прививочной работы за прошедший месяц			
13.	Провести беседу в кабинете здорового ребенка с родителями детей 1-го года жизни о значении рационального вскармливания детей			
14.	Подготовить обзор по теме, предложенной участковым врачом			
15.	Выступить с докладом на сес- тринской конференции			

В детской поликлинике проводится широкая санитарно-просветительная работа. Родителей обучают правилам индивидуальной профилактики заболеваний. Серьезное внимание уделяется патронажу новорожденных. В этой работе принимают участие врачи и средний медицинский персонал. В соответствии с прививочным календарем делают прививки.

Окружные или городские консультативно-диагностические центры (ОКДЦ). В крупных городах на базе больниц или отдельных поликлиник создаются диагностические центры, оснащенные современной аппаратурой (доплерография, тепловидение, компьютерная томография, иммуноферментный анализ и др.). В их задачу входит обследование детей из ряда прикрепленных поликлиник (принцип "куста") и определение необходимых рекомендаций по лечению.

Диспансер — лечебно-профилактическое учреждение, функциями которого являются активное раннее выявление больных определенными группами заболеваний, их регистрация и учет, обследование с целью постановки диагноза, оказание специализированной медицинской помощи, активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья больных определенного профиля, разработка и осуществление необходимых мероприятий по предупреждению заболеваний.

Дети получают необходимую помощь в детских отделениях диспансеров. В зависимости от характера деятельности выделяются следующие виды диспансеров: противотуберкулезный, онкологический, психоневрологический, врачебно-физкультурный и др. Аналогичные функции могут выполнять создаваемые при отдельных детских больницах специализированные центры: кардиоревматологический, гастроэнтерологический, пульмонологический, генетический, гематологический и др. Существенная роль в работе этих учреждений принадлежит медицинским сестрам, которые ведут учет больных в больнице или в поликлинике, заполняют "Единый статистический талон" на каждого принятого пациента, другую необходимую документацию, помогают врачу во время приема, осуществляют патронаж больных на дому, проводят санитарно-просветительную работу.

Детский санаторий — стационарное лечебно-профилактическое учреждение для проведения среди больных детей

лечебно-реабилитационных и общеоздоровительных мероприятий, преимущественно с использованием природных физических факторов в сочетании с диетотерапией, лечебной физкультурой и физиотерапией при соблюдении соответствующего режима лечения, обучения в школе и отдыха. Примерно треть всех детских клинических коек сконцентрирована в санаторно-курортных учреждениях.

Детские санатории организуются в специализированных курортных зонах. Кроме того, выделяются так называемые местные санатории, санаторно-лесные школы. Они устроены, как правило, в загородных зонах с благоприятными ландшафтами и микроклиматическими условиями. Большое значение придается также организации лечения и отдыха детей с родителями. Лечение детей в таких случаях проводится в санаториях и пансионатах матери и ребенка, санаториях-профилакториях, где в период школьных каникул организуются специальные выезды "мать и дитя".

Дом ребенка — лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для содержания, воспитания, оказания медицинской помощи детям-сиротам, детям с дефектами физического или психического развития, детям, родители которых лишены родительских прав. В дома ребенка принимают детей в возрасте до 3 лет по путевкам отделов здравоохранения. Мощность домов ребенка обычно составляет не менее 30 и не более 100 мест. В зависимости от возраста детей выделяют грудную, ползунковую, среднюю и старшую группы. Из дома ребенка дети выбывают к родителям, могут быть усыновлены, а по достижении возраста 3—4 лет переводятся в детские учреждения Министерства просвещения или Министерства социального обеспечения (дети-инвалиды).

Детские дошкольные учреждения в зависимости от своего предназначения делятся на несколько типов.

Я с л и — учреждение здравоохранения, предназначенное для воспитания детей в возрасте от 2 мес до 3 лет и оказания им медицинской помощи.

Д е т с к и й с а д — учреждение для общественного воспитания детей в возрасте от 3 до 7 лет, находящееся в ведении органов народного просвещения или других ведомств, предприятий, организаций частного типа. Существует объединенный тип детского дошкольного учрежде-

ния — ясли — детский сад, где дети воспитываются в течение ясельного и дошкольного периодов.

Большое значение отводится работе медицинских сестер в до школьно-школьных отделениях детских поликлиник, обеспечивающих лечебно-профилактический мониторинг за детьми, помимо яслей, детских садов, в таких учебно-воспитательных учреждениях, как школы, оздоровительные лагеря (в том числе санаторного типа), интернаты.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какие детские лечебно-профилактические учреждения вы знаете?

2. Какие основные структурные подразделения входят в состав детской больницы?

3. Какие сопровождающие документы необходимо представлять для госпитализации ребенка?

4. Какую информацию можно получить о больном ребенке через справочную приемного отделения?

5. Как осуществляется транспортировка тяжелобольного в отделение?

6. Перечислите основные помещения лечебного отделения детской больницы.

7. Что такое индивидуальный (мельцеровский) бокс?

8. Назовите детские учебно-воспитательные учреждения, в которых проводится лечебно-профилактическая работа.

9. Перечислите основные помещения детской поликлиники.

Г л а в а 2

ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТСКОГО ОРГАНИЗМА ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ УХОДА ЗА ДЕТЬМИ

Организм ребенка, особенно первых месяцев и лет жизни, во многом отличается от организма взрослого человека. Знание анатомических и физиологических особенностей детского организма является основой правильной организации ухода и приемов воспитания на протяжении всего периода детства.

Выделяют следующие периоды жизни ребенка:

— новорожденное^{тм} (первые 4 нед); — грудной (до I года); — преддошкольный (1—3 года); — дошкольного возраста (3—7 лет); — раннего школьного возраста (7—II лет); — старшего школьного возраста (12—17 лет).

Процессы роста и развития ребенка протекают волнообразно. Наиболее интенсивно увеличиваются масса и длина тела в первый год жизни, в периоды первого (5—8 I лет) и второго (12—15 лет) физиологических вытяжений, / что вызывает необходимость адекватного и рационального питания, учета величины учебно-психологических и физических нагрузок в зависимости от возраста ребенка.

Нервно - психическое развитие ребенка. В течение первых 3—4 лет особенно быстро нарастает масса мозга, хотя в функциональном отношении деятельность нервной системы еще несовершенна. Вследствие этого движения новорожденного беспорядочны, некоординированны, нецеленаправленны. На протяжении всего первого года жизни происходит развитие координации движений различных мышечных групп. Вначале развиваются координированные движения мышц гплдз, и ребенок в возрасте 3 нед уже фиксирует свой взгляд на движущейся игрушке, которую подвешивают или держат над ним на расстоянии 60—100 см. К 1,5—2 мес формируется координация движений мышц шеи, ребенок начинает держать голову. В возрасте 2—3 мес появляются целенаправленные движения мышц верхнего плечевого пояса (рук) — дети захватывают всей кистью руки мелкие игрушки. Формируется цветоощущение. Ребенок более часто реагирует на яркие цвета (красный, желтый, зеленый, синий), поэтому игрушки должны быть яркие и мелкие. К 4—5 мес развивается координация мышц стщнд_и с 4 мес ребенок начинает переворачиваться сб спины на живот и обратно. Затем развивается координация движений нижних конечностей. Ребенок в 6—7 мес начинает самостоятельно сидеть, в 7—8 мес — ползать, в 8—9 мес — при поддержке стоять, в 10 мес — самостоятельно стоять, а в 12—14 мес — ходить. Сроки формирования движений позволяют врачу оценивать правильность развития ребенка. Поэтому указаны максимально поздние сроки.

Совершенствование и усложнение движений продол-

жаются на протяжении всего детства. Своевременному формированию движений способствуют систематические занятия с детьми, правильный подбор игрушек в соответствии с возрастом ребенка. Имеют также большое значение массаж, гимнастика.

В первые годы жизни ребенок не полностью понимает обращенную к нему речь. Он больше реагирует на интонацию, чем на смысл слов. Для того чтобы ребенок своевременно научился говорить, с ним нужно постоянно разговаривать, начиная с рождения. На протяжении первого полугодия ребенок произносит неосмысленные звуки, однако их своеобразие является отражением определенного состояния. Понимание этих звуков позволяет взрослому человеку своевременно устранять причины неблагополучия у ребенка (голод, мокрая пеленка и т.д.). Во втором полугодии ребенок начинает произносить первые осмысленные слоги, а к концу первого года — отдельные слова (мама, папа, баба и др.).

Речь развивается лишь в том случае, если ребенок постоянно слышит голос взрослого. Наблюдения за детьми, которые в раннем возрасте не слышали речи взрослых, показывают, что впоследствии эти дети так и не смогли научиться говорить, даже достигнув взрослого возраста. На втором году жизни словарный запас быстро нарастает. своеобразие речи детей второго года жизни заключается в том, что отдельные произнесенные ребенком слоги обозначают полное содержание слов. К концу второго года ребенок начинает говорить короткими фразами, как правило, от третьего лица ("Маша хочет идти!" и др.). Только во второй половине третьего года жизни появляется слово "Я" ("Я хочу", "Я пойду" и т.д.). Это по существу первое утверждение ребенка как личности. В дальнейшем речь развивается с нарастающей скоростью, и к 5 годам ребенок свободно говорит. С этого возраста появляется склонность к рисованию, так как формируется координация движений мелких мышц кисти, а со школьного возраста (6—7 лет) дети способны и к письму.

Развитие ребенка протекает успешно только при общении со взрослыми. Дети очень любопытны, однако у них еще не развито чувство самосохранения. Поэтому дети раннего возраста требуют постоянного присмотра со стороны взрослых. Понимание опасности у них формируется постепенно. Даже младшие школьники нередко соверша-

ЮТ необдуманные поступки, не понимая подчас их опасность, чем и объясняются различные несчастные случаи (уличные и бытовые травмы, случайные отравления и т.д.).

Наряду с развитием двигательных навыков и речи постепенно формируется характер ребенка. Особенно важное значение имеют воспитательные мероприятия, проводимые с детьми до 5 лет. Если ребенок первого года жизни, как правило, общается только с членами семьи, то дети старше 1,5 лет нуждаются в общении со сверстниками. У них появляются приятели и приятельницы, т. е. ребенок становится все более социально ориентированным. Решение возникающих противоречий при игре — серьезная воспитательная задача. Особенно трудно разрешать "собственнические" тенденции маленьких детей, когда ребенок считает, что все игрушки принадлежат только ему. Нужно постараться отвлечь такого "эгоиста", разъяснить неправильность его поступка и тем самым предотвратить назревающий конфликт. Следует помнить, что приказной тон, запреты как меры воспитательного характера малоэффективны,

Игры с возрастом становятся все более коллективными. Именно через игру ребенок познает окружающий мир. Игры усложняются и принимают все более абстрактный характер. Степень сложности игры, как правило, является основным критерием нервно-психического развития ребенка.

Кожа и слизистые оболочки ребенка очень нежные и легко ранимы. Кожа выполняет различные функции, одна из важнейших — защитная. Однако у ребенка она недостаточна, так как вследствие слабого развития и легкой слущиваемости рогового слоя на коже могут образовываться микродефекты типа ссадин, являющиеся входными воротами инфекции. Поэтому медицинский работник при работе с детьми должен строго соблюдать следующие правила: 1) ногти на руках должны быть коротко подстрижены, чтобы не повредить кожу ребенка; 2) руки должны быть тщательно вымыты. В целях профилактики инфекционных заболеваний после общения с одним ребенком нужно вновь вымыть руки и лишь затем можно заниматься другим малышом; 3) все украшения необходимо с себя снять.

Кожа выполняет дыхательную функцию. У ребенка кожное дыхание происходит значительно интенсивнее, чем у взрослого. Поэтому для детской одежды, пеленок,

постельного белья непригодны слишком плотные ткани, препятствующие дыханию через кожу.

Гигиенический уход за кожей и слизистыми оболочками у детей чрезвычайно важен. Нужно постепенно приучать ребенка с малых лет самостоятельно мыть руки, умываться и т.д.

Особенности кожи и слизистых оболочек определяют необходимость специально подбирать состав наружных лекарственных средств и их дозировку. Это обусловлено повышенной проницаемостью кожи, особенно у детей раннего возраста.

К о с т н а я с и с т е м а продолжает развиваться и после рождения. Кости у детей раннего возраста мягкие, легко деформируются. На протяжении первых 5 лет жизни происходят постоянный рост и перестройка костной ткани. По строению длинные трубчатые кости начинают походить на кости взрослого человека лишь после того, как ребенок научится устойчиво ходить. Но даже у детей школьного возраста при использовании неправильно подобранной по высоте мебели (парты, стола, стула) легко возникают нарушения осанки в виде искривления позвоночника (например, школьный кифосколиоз). Поэтому важно правильно подбирать мебель для детей различных возрастных групп.

Правильное развитие костной системы зависит от характера питания, времени пребывания на открытом воздухе, характера инсоляции. С первых месяцев жизни нужно тщательно выполнять правила ухода за детьми, чтобы избежать травм. Например, когда переворачивают ребенка, следует осторожно брать его за руку (за плечо) и бедро. Запрещается поворачивать ребенка, взявшись только за ногу. Когда ребенка ведут за руку, нельзя допускать быстрых и резких движений, чтобы не вывихнуть ему руку.

Д ы х а т е л ь н а я с и с т е м а (органы дыхания) с момента рождения ребенка продолжает свое развитие. Дыхание у детей значительно чаще, чем у взрослых (табл. 1).

Это объясняется большей потребностью детей в кислороде (вследствие недоразвития альвеол в ацинусах), что достигается не увеличением глубины дыхания, а его учащением. Имеет значение и горизонтальное расположение ребер. У детей до 2 лет переднезадний и поперечный размеры грудной клетки почти одинаковые, поэтому дыхание осуществляется в основном за счет движения диафрагмы (брюшной тип дыхания).

Таблица 1. Частота дыхания у детей в зависимости от возраста

Возраст	Частота в 1 мин
Новорожденный	40 - 50
1 год	30 - 35
5 лет	25
12 »	20

Благодаря особенностям развития языка (язык при рождении относительно большой и заполняет почти всю ротовую полость, что является приспособлением для сосания) дыхание через рот у детей затруднено. Дети дышат исключительно через нос, ходы которого узкие, а слизистая оболочка очень нежная и имеет хорошее кровоснабжение. Поэтому важное значение приобретает уход за полостями носа. Даже легкий ринит (воспаление слизистых оболочек носа) может вызвать нарушение дыхания. Важно помнить, что дыхание через нос обеспечивает очищение, увлажнение и нагревание вдыхаемого воздуха. Длительное дыхание через рот способствует более частым простудным заболеваниям и поражениям нижних отделов дыхательной системы, а это в конечном счете может привести к задержке развития ребенка. У детей младшего возраста относительно узкий просвет гортани, трахеи, бронхов, что создает определенные предпосылки для более тяжелого течения болезней органов дыхания. По этой же причине при воспалении дыхательных путей (ларингит, трахеит, бронхит), как правило, затруднено прохождение воздушной струи (обструктивный синдром), что представляет опасность для жизни. Поэтому при уходе за детьми, особенно новорожденными и первого года жизни, следует надевать марлевую маску, чтобы предохранять их от заражения и заболеваний, поскольку большинство болезней органов дыхания у детей — это вирусные или бактериальные инфекции.

Для обеспечения нормального дыхания важно соблюдать принцип свободного пеленания, а также необходимо укладывать ребенка в кровать с возвышенным головным концом.

Сердечно-сосудистая система у детей имеет ряд особенностей. Размеры полостей сердца (особенно

желудочков) относительно небольшие, их увеличение происходит неравномерно на протяжении всего периода детства, что нужно учитывать при определении допустимых нагрузок. В то же время растущие органы и ткани требуют обильного кровоснабжения. Это достигается у детей более частыми сокращениями сердца (табл. 2).

Т а б л и ц а 2. Частота сердечных сокращений в зависимости от возраста

Возраст	Частота в 1 мин
Новорожденный	140
6 мес	130
1 год	120
5 лет	100
12 »	80
Взрослый	60-70

Размеры сердца относительно размеров грудной клетки и массы тела у детей больше, чем у взрослых; его границы значительно превышают таковые у взрослого.

Просвет артерий и вен при рождении почти одинаковый. По мере роста быстрее увеличивается просвет вен. До 12 лет диаметр ствола легочной артерии больше диаметра аорты. С 12 лет их диаметры становятся одинаковыми. Относительно небольшой объем левого желудочка при относительно большом просвете аорты и значительной эластичности стенок артерий обуславливают низкое артериальное давление, свойственное детям.

При рождении собственная мышечная оболочка развита только в артериях малого круга кровообращения, в артериях большого круга кровообращения она начинает формироваться с 5 лет. Именно поэтому у детей до 5—7 лет редко наблюдается повышение артериального давления (гипертензия), в то время как у детей первых месяцев жизни легко развивается гипертензия в малом круге кровообращения вследствие анатомо-физиологических особенностей легких.

Кроваток (скорость движения крови) у детей более быстрый, чем у взрослых, что обеспечивает адекватное кровоснабжение растущих органов и тканей. Неравномерностью роста сердца и сосудов в разные возрастные пе-

риоды объясняют частое возникновение различных шумов, которые выслушиваются над областью сердца.

Органические поражения сердца у детей делятся на врожденные и приобретенные. У детей первого года жизни преимущественно выявляются врожденные пороки сердца, а у детей старше 1 года среди первично выявленных заболеваний сердца больший удельный вес составляют приобретенные пороки. Большинство заболеваний сердца сопровождается развитием одышки, цианоза (синюшности кожи), увеличением частоты сердечных сокращений.

: При наблюдении за ребенком первых лет жизни создается впечатление, что он никогда не устает. Здоровый ребенок всегда в движении. Ребенок с больным сердцем периодически останавливается и присаживается (отдыхает).

Пищеварительная система (органы пищеварения) у новорожденного далеко несовершенна. Полость рта невелика, слизистая оболочка рта нежная, обильно кровоснабжается. Слюноотделение до 3 мес незначительное, а в дальнейшем становится обильным. Только к году ребенок способен заглатывать всю образующуюся слюну. Первые зубы у ребенка появляются к 6 мес. Для массажирования десен и для того, чтобы свести к минимуму неудобства, которые испытывает ребенок при появлении зубов в этом возрасте, используют специальные резиновые и силиконовые кольца ("прорезыватели").

> Первые зубы — это нижние медиальные резцы. К 8 мес появляются такие резцы на верхней челюсти. К 10 мес прорезываются верхние латеральные резцы, а к 12 мес — Нижние. В возрасте 1 года ребенок имеет 8 молочных зубов. К 14 мес прорезываются нижние первые коренные зубы (премоляры), а к 16 мес — верхние. Затем появляются клыки и вторые коренные зубы. К 2 годам ребенок имеет 20 молочных зубов. С 5 лет появляются первые большие коренные зубы (моляры), а с 6—7 лет происходит постепенная замена молочных зубов на постоянные в таком же порядке, как происходило прорезывание молочных зубов. После этого появляются вторые большие коренные зубы. Обычно к 12 годам все зубы у ребенка постоянные. Лишь третьи моляры (зубы мудрости) прорезываются в более позднем возрасте.

• В первые месяцы жизни недопустимо протирание полости рта (можно повредить нежную слизистую оболочку).

После появления молочных зубов следует приучать ребенка чистить их перед сном. Если это входит в привычку, то у таких детей реже наблюдаются заболевания органов полости рта. По той же причине перед сном (на ночь) не рекомендуется давать сладости.

Просвет пищевода с возрастом увеличивается, что определяет диаметр зондов и эзофагогастроскопов, используемых для исследований. Желудок у детей при рождении маленький (30—35 мл). Его физиологический объем после начала кормления быстро увеличивается и к концу первого года жизни ребенка желудок вмещает 200—250 мл. Это необходимо учитывать при определении количества пищи, которое следует давать ребенку в одно кормление. У детей первых лет жизни отмечается функциональная и анатомическая недостаточность кардиального сфинктера желудка, причем формирование его завершается лишь к 8 годам. Пилорическая часть желудка, наоборот, функционально хорошо развита уже при рождении, что при относительно слабо развитой кардиальной части позволяет сравнивать желудок ребенка первых месяцев жизни с открытой бутылкой. Если учесть, что место выхода из желудка (*antrum pyloricum*) при горизонтальном положении ребенка расположено выше, чем дно желудка (*fundus ventriculi*), то становится понятна склонность детей к срыгиванию и легкому возникновению рвоты. Поэтому первые месяцы жизни после кормления ребенка держат вертикально или кладут в кровать с возвышенным головным концом (под углом 60°).

Кислотность желудочного содержимого и активность ферментов (пепсинов) при рождении низкие и после 6 мес — 1 года постепенно увеличиваются. Длина тонкой кишки относительно длины тела у детей больше, чем у взрослого человека. Это является компенсаторным приспособлением, так как вследствие низкой активности желудочных ферментов ведущую роль в процессе пищеварения выполняет тонкая кишка. Все эти особенности определяют характер пищи, которая используется для кормления детей.

Толстая кишка у детей первого года жизни недоразвита, относительно короткая, что обуславливает частые дефекации. В то же время подслизистый слой прямой кишки хорошо выражен, но он слабо фиксирует слизистую оболочку, это является причиной выпадения последней при

неустойчивом стуле (понос, запор) у детей раннего возраста.

К рождению ребенка поджелудочная железа анатомически уже сформирована, однако ее внешнесекреторная функция несовершенна. В соке поджелудочной железы в первые 3 мес активность амилазы, трипсина и липазы, участвующих в переваривании крахмала, белка и жира, низкая. В то же время эндокринная функция поджелудочной железы (выделение гормона инсулина) достаточна. После введения в рацион прикорма внешнесекреторная функция достигает величин, свойственных взрослому человеку.

Печень у новорожденного большая и занимает все правое, а также левое подреберье. Нижний край ее можно прощупать у детей до 7 лет. Функции печени у ребенка еще несовершенны, особенно барьерная — детоксикационная, обеспечивающая нейтрализацию токсичных продуктов как в процессе обмена веществ, так и при всасывании их из кишечника. Этим объясняется частое развитие токсикозов при различных заболеваниях.

Желчи у новорожденных вырабатывается мало, что ограничивает усвоение жиров, поэтому с испражнениями (калом) ребенок выделяет относительно большое их количество (стеаторея). С возрастом секреция желчных кислот нарастает.

Почки к рождению еще не полностью развиты. Поэтому у детей первых 2—3 лет жизни процессы фильтрации протекают на более низком уровне, что следует учитывать при выборе водного режима. При перегрузке водой легко возникает задержка жидкости в организме. Снижена также концентрационная способность почек: моча у детей первого года жизни имеет низкую относительную плотность. Повышена проницаемость клубочков, что проявляется возникновением глюкозурии (наличие глюкозы в моче), протеинурии (наличие белка в моче) и даже появлением в моче форменных элементов крови (эритроцитов и лейкоцитов). В то же время почки плохо выводят из организма ионы натрия, поэтому необходимо ограничивать количество поваренной соли. Постепенно к 2-летнему возрасту основные показатели, характеризующие функциональное состояние почек, начинают приближаться к таковым взрослого человека.

Мочевые пути к рождению ребенка сформиро-

рованы полностью, но их нежная слизистая оболочка легко воспаляется при попадании патогенных микроорганизмов. Гигиенические навыки ребенка становятся важнейшими элементами, предупреждающими развитие воспаления мочевыводящих путей. Особенно это касается девочек, которых следует приучать к систематическому уходу за гениталиями (подмывание после каждого акта дефекации).

Число мочеиспусканий у детей первого года жизни составляет 10—20 раз в сутки, у детей 2—3 лет — 8—10 раз в сутки, у детей школьного возраста — 5—7 раз в сутки. Количество выделяемой мочи зависит главным образом от количества выпитой жидкости.

П е р и ф е р и ч е с к а я к р о в ь в процессе роста и развития ребенка также претерпевает большие изменения. Сразу после рождения кровь характеризуется повышенным содержанием гемоглобина и эритроцитов; их количество в первые дни после рождения снижается и цифры стабилизируются. Гемоглобин и количество эритроцитов соответственно на уровне 125—135 г/л и $4—5 \times 10^{12}$ /л. Для поддержания такого количества гемоглобина и эритроцитов на постоянном уровне большое значение имеет характер питания, нарушение которого нередко служит причиной развития железодефицитной анемии.

Общее число лейкоцитов у детей относительно постоянно. Резкие изменения претерпевает процентное соотношение отдельных форм лейкоцитов крови (лейкоцитарная формула), что связано в основном со становлением иммунной системы. После рождения почти $\frac{2}{3}$ лейкоцитов представлены нейтрофилами, число нейтрофилов постепенно снижается, а содержание лимфоцитов нарастает и к 5-му дню их число становится примерно одинаковым. После 5-го дня продолжается снижение уровня нейтрофилов и увеличение числа лимфоцитов, которые после 10-го дня жизни и до конца первого года составляют более половины всех форменных элементов крови. На втором году вновь наблюдается постепенное повышение числа нейтрофилов при снижении числа лимфоцитов. В 5 лет их содержание становится одинаковым, а в последующие годы продолжает нарастать число нейтрофилов. Клеточный состав крови меняется также при различных заболеваниях.

Э н д о к р и н н ы е ж е л е з ы (железы внутренней

секреции) вырабатывают вещества (гормоны), под действием которых происходит рост и развитие организма ребенка. Соматотропный гормон регулирует рост тела или увеличение отдельных его частей. Недостаток этого гормона приводит к задержке, а избыточная продукция — к усилению роста. При сниженной функции гипофиза рост ребенка прекращается не сразу после рождения, а к концу первого года жизни.

Гормоны щитовидной железы влияют на процессы обмена веществ в организме, в том числе на развитие центральной нервной системы. Недостаток этих гормонов при врожденном недоразвитии щитовидной железы приводит к задержке физического и психического развития ребенка.

Развитие эндокринных желез в детском возрасте происходит волнообразно. В определенные периоды роль и значение отдельных желез различны. У детей первых лет жизни иногда при различных заболеваниях развивается недостаточность коры надпочечников. Это связано с недоразвитием коркового вещества (коры) надпочечников. Эндокринная функция других желез (паращитовидные железы, поджелудочная железа) к моменту рождения развита достаточно.

В период полового созревания (10—15 лет) происходит перестройка деятельности эндокринных желез за счет увеличения продукции гормонов половых желез.

На функцию эндокринных желез оказывают влияние характер питания, различные заболевания, интоксикации и другие факторы.

Обмен веществ у детей имеет ряд особенностей, что требует существенного внимания к построению режима питания и водного режима.

Рост ребенка, его развитие невозможны без обеспечения организма полноценными белками. Известно, что около V_s прироста массы тела происходит за счет синтеза белка. В организме человека белки не могут быть заменены в питании ни жирами, ни углеводами. Поэтому ребенок должен постоянно получать белки с пищей. Оптимальным продуктом по составу аминокислот является молоко, которое входит в рацион питания на протяжении всего детства. Полноценные белки содержатся и в таких продуктах, как мясо, рыба и др.

Важным показателем обмена белка является его количественное содержание в плазме крови. Общее содержа-

ние белка в плазме крови у детей, особенно раннего возраста, несколько ниже, а соотношение белковых фракций иное, чем у взрослых. На протяжении первых 6 мес в крови у детей содержится меньше γ -глобулинов, к которым относятся антитела. У детей 5—6 лет состав белков крови мало отличается от такового у взрослых.

Недостаток белка в рационе питания у детей вызывает тяжелые нарушения, сопровождающиеся снижением иммунитета к различным инфекционным заболеваниям, задержкой нервно-психического развития, роста и своевременного формирования эндокринной системы.

Углеводы являются основным источником энергии в организме. Новорожденные способны усваивать дисахариды (лактоза, сахароза, мальтоза и др.), которые расщепляются в тонкой кишке специальными ферментами — дисахаридазами. Снижение активности этих ферментов вызывает диарею (понос), которая у детей раннего возраста быстро приводит к обезвоживанию и тяжелым расстройствам электролитного обмена в организме. После 5 мес дети уже способны хорошо усваивать полисахариды (крахмал, гликоген).

В основе обмена углеводов у человека лежит расщепление глюкозы, поэтому поступающие с пищей различные углеводы сначала превращаются в глюкозу. Врожденные нарушения этого превращения вызывают тяжелые заболевания. Важным показателем углеводного обмена является концентрация глюкозы в крови (гликемия). У детей содержание глюкозы в крови ниже, чем у взрослого человека, а введенная в кровь глюкоза быстрее подвергается усвоению. Нарушения углеводного обмена у детей возникают довольно часто.

К липидам относятся разнородные по химическому строению вещества, которые объединяет способность к растворению в органических растворителях. Обмен веществ в организме человека протекает в водной среде, поэтому перенос липидов (жир) может происходить только в соответствующей транспортной форме с участием белка. В первые 6 мес жизни происходит накопление жира, а затем его содержание постепенно уменьшается. Этим в значительной мере объясняется внешний вид ребенка того или иного возраста. Состав жира, особенно в подкожной жировой клетчатке, у детей первого года жизни отличается от такового у взрослого человека. Жир

имеет более высокую точку плавления. Поэтому при переохлаждении ребенка легко возникает его затвердение. Кроме того, лекарственные средства на масляной основе, введенные под кожу, долго не рассасываются и могут вызвать омертвление ткани (некроз). В связи с этим детям раннего возраста назначают только водорастворимые препараты.

Общее содержание липидов в крови новорожденных низкое. Оно повышается в течение первого года жизни почти в 3 раза. Меняется и состав липидов. Рацион питания кормящей женщины и продукты детского питания при необходимости искусственного вскармливания ребенка должны быть сбалансированы для создания оптимальных соотношений насыщенных и полиненасыщенных жирных кислот, количества жира, углеводов и белков.

Нарушения жирового обмена, связанные с отложением липидов в виде бляшек на стенках сосудов, в коже, наблюдаемые у взрослых, в детском возрасте встречаются значительно реже.

Вода в организме ребенка при рождении составляет $3/4$ массы его тела. После рождения содержание воды постепенно уменьшается, но даже у ребенка 5 лет оно выше, чем у взрослых. Жидкость в организме распределена неравномерно. У детей преобладает внеклеточная жидкость. Этим объясняется лабильность водного обмена у детей раннего возраста.

Высокий уровень внеклеточной жидкости, а также несовершенные механизмы фиксации жидкости в клетках и межклеточных структурах обуславливают развитие обезвоживания организма при различных инфекционных заболеваниях, нарушениях температурного режима, недостаточном поступлении воды с пищей. Дегидратация (потеря воды) сопровождается тяжелыми нарушениями общего состояния.

Потребность детей в жидкости, которая значительно выше, чем у взрослых, приведена в табл. 3.

Дети должны получать необходимое количество воды с питьем. На первом году жизни, если ребенок получает грудное молоко, то дополнительное количество воды обычно не превышает объема одного кормления. Новорожденный ребенок обычно не нуждается в дополнительном приеме воды. Количество необходимой жидкости воз-

растает в летний период, а также при заболеваниях, сопровождающихся подъемом температуры тела, поносом, рвотой. Дети старше 1 года, как правило, просят пить сами. Эти просьбы должны удовлетворяться своевременно, так как лишение ребенка воды может привести к повышению температуры тела и тяжелым расстройствам водно-солевого обмена.

Т а б л и ц а 3. Ежедневная потребность детей в жидкости

Возраст	Количество, мл	
	среднее	на 1 кг массы тела
Новорожденный	250-500	80-150
6 мес	950-1000	130-150
1 год	1100-1300	120-140
5 лет	1800-2000	90-100
10 »	2000-2500	70-85
14 »	2200-2700	50-60

Известно, что для роста и правильного развития необходимо определенное количество минеральных солей и витаминов. Из минеральных солей наибольшее значение имеют натрий, калий, кальций, магний, фосфор. Высока потребность детей также в микроэлементах: железе, цинке, меди и пр. Обычно потребность детей в минеральных веществах удовлетворяется при соответствующем возрасту ребенка питании. Дополнительно дети нуждаются лишь в небольшом количестве поваренной соли — не более 5 г в сутки даже при массе тела более 25 кг. Для своевременной минерализации растущих костей дети должны ежедневно получать водорастворимые (С, группы В и др.) и особенно жирорастворимые витамины (D, А, Е). С этой целью в первые месяцы жизни назначается витамин D₃ (холекальциферол) ежедневно по 1—2 капле (500—600 МЕ), а детям с 5-месячного возраста однократно по 1,0 мл или 200 000 МЕ (витамин D³В.О.Н.) каждые полгода до 4—5 лет включительно.

Витамин D желательно давать вместе с витамином А. При правильно составленной диете основная потребность детского организма в витаминах удовлетворяет-

ся, но при различных заболеваниях потребность в них увеличивается. В таких случаях витамины следует давать в виде препаратов.

Температура тела в первые дни жизни неустойчива и зависит от температуры окружающей среды. Ребенка легко перегреть или, наоборот, переохладить. При уходе за детьми необходимо учитывать особенности терморегуляции и теплообразования детского организма. Предъявляются определенные требования к одежде детей различного возраста, а также температуре помещений, где находятся дети.

Устойчивость (резистентность) организма человека к неблагоприятным внешним воздействиям определяется состоянием иммунной системы и неспецифическими факторами защиты. К рождению ребенка неспецифические факторы защиты недостаточно совершенны. Это касается барьерной функции кожи, фагоцитарной и комплементарной активности. Кроме того, в крови и многих жидкостях организма (отделяемом слюнных и слезных желез) снижено содержание ряда ферментов. Специфическая иммунологическая защита к моменту рождения ребенка также недостаточно зрелая, хотя трансплацентарно и в дальнейшем через молоко матери ребенок получает некоторое количество антител в виде иммуноглобулинов. Это обуславливается тем, что иммуноглобулины классов А, G, М препятствуют внедрению бактерий, вирусов, токсинов, пищевых антигенов в слизистую оболочку кишечника. Не случайно, что у детей, получающих материнское молоко, риск развития кишечных инфекционных заболеваний в 10—15 раз меньше, чем у детей, находящихся на искусственном вскармливании.

Помимо иммуноглобулинов, в молозиве и женском молоке содержатся различные гуморальные и клеточные факторы, совокупность которых обеспечивает высокий уровень сопротивляемости ребенка ко многим инфекционным заболеваниям. Гуморальные и клеточные факторы женского молока представлены ниже.

Из-за наличия в женском молоке клеточных элементов, в частности лимфоцитов, макрофагов и др., материнское молоко называют живой "белой кровью". Т-лимфоциты женского молока, обладающие иммунологической памятью, обеспечивают ребенку более быстрое формирование местного иммунитета в кишечнике.

Факторы	Функция
Лактоферрин	Связывает железо и катализирует процессы перекисного окисления липидов мембран бактериальных клеток, тем самым нарушая их метаболизм и способность к размножению
Лактопероксидаза	Разрушает стрептококки, энтерококки, кишечную палочку
Лизоцим	Вызывает разрушение бактерий
Противостафилококковый фактор	Ингибирует ферментные системы стафилококка
Бифидум-фактор	Способствует размножению бифидобактерий
В-лимфоциты	Синтезируют иммуноглобулины
Т-лимфоциты	Обеспечивают клеточный иммунитет
Макрофаги	Осуществляют фагоцитоз, продукцию лактоферрина, лизоцима, хранение и транспорт IgA

Иммунная система, имеющая у новорожденных ограниченное количество антител, стимулируется в течение детства вследствие контакта с возбудителями различных видов, что приводит к образованию защитных механизмов против инфекционных болезней. Поэтому спектр заболеваний, которые преимущественно встречаются в детском возрасте, существенно отличается от болезней, свойственных взрослым.

В связи с недостаточной зрелостью иммунитета необходимо содержать ребенка в особых условиях, чтобы не допустить его заражения. С этой целью после рождения ребенка завертывают в стерильное белье, а персонал, который ухаживает за ним, должен тщательно мыть руки с мылом (и даже их обеззараживать), носить маски (часто их менять).

После выписки из родильного дома нужно строго соблюдать правила санитарии и гигиены. Общение посторонних людей с детьми первого года жизни нежелательно, так как активный иммунитет у них развивается постепенно. Только к 5 годам содержание антител (иммуноглобулинов) у детей достигает "защитного" минимума. Степень

развития иммунитета у детей в значительной степени определяется особенностями ухода и воспитания.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какое значение имеет функциональное состояние нервной системы детей при организации ухода и в процессе воспитания?

2. Какое значение имеют особенности строения кожи и костной системы у детей?

3. В чем заключается специфика ухода за детьми различного возраста в связи с анатомо-физиологическими особенностями сердечно-сосудистой системы?

4. В чем заключается специфика ухода за детьми различного возраста в связи с анатомо-физиологическими особенностями органов пищеварения?

5. В чем заключается специфика ухода за детьми различного возраста в связи с анатомо-физиологическими особенностями органов системы мочеобразования и мочевыведения?

6. Как строятся режим питания и водный режим детей различного возраста?

Г л а в а 3

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПРИ УХОДЕ ЗА ДЕТЬМИ

Уход за больным ребенком является составной частью лечебного процесса и призван обеспечить не только высокую эффективность комплекса терапевтических воздействий, но прежде всего полное выздоровление больного. В стационаре уход за ребенком осуществляется как медицинскими работниками (врач, медицинская сестра), так и родственниками больного. Продолжительность контактов медицинских работников с больным ребенком и ближайшими родственниками может быть различной. Эти контакты иногда продолжаются многие недели или месяцы (и даже годы). Подобные обстоятельства обуславливают строгое соблюдение этико-деонтологических принципов во взаимоотношениях медицинских работников, а также медицинских работников с больными детьми и их родственниками.

Медицинская этика, являющаяся составной частью этики, рассматривает гуманистические, нравственные начала в деятельности медицинских работников. Слово "этика" произошло от греческого *ethos* — обычай. Именно нормы, правила и обычаи регулируют поведение и взаимоотношения людей в обществе. На этой основе сформулированы наиболее обобщенные понятия морали или этической категории для медицинских работников: долг, честь, достоинство, совесть, счастье.

Принципы медицинской этики должны соблюдаться медиками в их повседневной деятельности.

Долг медицинского работника — оказать помощь больному на самом высоком профессиональном уровне и никогда и ни под каким предлогом не участвовать в действиях, направленных против физического и психического здоровья людей.

В круг вопросов медицинской этики входят и проблемы, от успешного решения которых зависят жизнь и здоровье не только ныне живущих, но и будущих поколений. К ним относятся борьба за мир, борьба против создания и накопления средств массового уничтожения, охрана окружающей среды.

Для медицинской сестры долг заключается прежде всего в четком выполнении всех назначений врача (режим, диета, инъекции, раздача лекарственных средств, измерение температуры тела и т.д.).

Выполнение врачебных распоряжений будет более эффективным, если медицинская или младшая медицинская сестра работает не формально, а, повинаясь внутреннему стремлению помочь больному, облегчит его страдания, ускорит выздоровление. Все это требует самодисциплины, постоянного совершенствования профессионального мастерства и пополнения знаний.

Немаловажное значение при этом имеет личность медицинской сестры. Если медицинский работник является квалифицированным специалистом, профессионально выполняет свои обязанности, но не умеет наладить контакт с больными, то его действия не принесут должного лечебного эффекта. Проявление заботы, внимания, вежливое и ласковое обращение, добрая улыбка также являются элементами долга, так как помогают ребенку адаптироваться в новой обстановке.

От понятия долга неотделимы понятия чести и достоинства, выражающиеся в соответствующем самосознании личности, т.е. стремление медицинского работника поддерживать свою репутацию, добрую славу, понимание общественной значимости своей профессии, профессиональная гордость, постоянное стремление к повышению квалификации и качества работы.

Понятие "совесть" в отличие от других категорий медицинской этики включает в себя нравственное самосознание человека, ответственность за свое поведение. Совесть теснейшим образом сочетается с такими моральными ценностями, как честность и правдивость, справедливость, уважение прав других людей, выполнение своих профессиональных обязанностей. Понятие "счастье" подразумевает философско-этический ответ на вопрос о смысле жизни, а понятие о счастливой жизни неотделимо от понятия здоровья. Медицинский работник должен видеть высокий смысл своей работы в оказании помощи больным, чувствовать и получать удовлетворение от своей работы.

Медицинская деонтология (от греч. *deontos* — должное, надлежащее) — совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении своих профессиональных обязанностей. Она входит в раздел медицинской этики, поскольку последняя охватывает более широкий круг вопросов. Деонтология изучает принципы поведения медицинского персонала, направленные на максимальное повышение эффективности лечения, устранение неблагоприятных факторов в медицинской деятельности и вредных последствий неполноценной медицинской работы.

Согласно Международному кодексу врачебной деонтологии, выделяют два стратегических требования к врачу и среднему медицинскому работнику: 1) знание и 2) доброжелательное отношение к людям.

Взаимоотношения медицинских работников. В условиях стационара взаимоотношение медицинских работников имеет особое значение. Любое нарушение этики взаимоотношений медицинских работников, невыполнение ими профессиональных обязанностей сказывается на эффективности лечебного процесса. Недопустимо выяснение отношений между медицинскими работ-

никами любых должностей в присутствии больных детей или их родственников. Замечание младшему по должности должно быть сделано тактично. Необходимо соблюдать субординацию в отношениях между медицинскими работниками, т.е. подчинение младшего по должности работника более старшему: младшая медицинская сестра — постовая медицинская сестра — процедурная сестра — старшая медицинская сестра — врач — заведующий отделением.

Медицинские работники не должны вести разговоры на профессиональные темы при больных детях. Важно учитывать, что некоторые отличаются мнительностью, легко внушаемы и у них могут развиваться ятрогении, т.е. заболевания, спровоцированные действием медицинского работника и относящиеся к психопатиям.

О т н о ш е н и е к д е т я м . К детям любого возраста отношение должно быть равным, доброжелательным. Это правило необходимо соблюдать с первых дней пребывания в больнице. Помните, что дети бурно реагируют на ваш приход в группу (палату); после того как вы уйдете, постоянному медицинскому персоналу бывает трудно их успокоить.

Медицинские работники, непосредственно находящиеся среди детей, всегда должны учитывать психологические особенности больных, их переживания, чувства. Дети старшего возраста, особенно девочки, наиболее чувствительны и в первые дни пребывания в стационаре нередко замыкаются, "уходят в себя". Для лучшего понимания состояния детей важно, помимо выяснения индивидуальных психологических особенностей ребенка, знать обстановку в семье, социальное и должностное положение родителей. Все это необходимо для организации правильного ухода за больным ребенком в стационаре и эффективного его лечения.

При общении с больными медицинская сестра испытывает эмоциональное напряжение, иногда вызванное неправильным поведением детей, их капризами, необоснованными требованиями родителей и т.п. В этих случаях медицинская сестра, как и любой медицинский работник, должна сохранять спокойствие, не поддаваться сиюминутным настроениям, уметь подавлять в себе раздражительность и чрезмерную эмоциональность.

(Недопустимо разделение детей на "хороших" и "плохих", а тем более выделять "любимчиков".

Дети необыкновенно чувствительны к ласке и тонко чувствуют отношение к ним взрослых. Тон разговора с детьми всегда должен быть ровным, приветливым. Все это способствует установлению между ребенком и медицинским персоналом доброжелательных, доверительных отношений и оказывает на больного положительное влияние.

Большое значение при общении с ребенком имеет чуткость, т.е. стремление понять его переживания. Терпеливая беседа с ребенком позволяет выявить личностные особенности, доминирующее переживание, помогает в постановке диагноза. Нужно не только формально выслушать жалобы больного ребенка, а проявить теплое участие, соответственно реагируя на услышанное. Больной успокаивается, видя отношение медицинского работника, а последний получает дополнительную информацию о ребенке. Напротив, резкий или фамильярный тон в разговоре создает препятствие для установления нормальных взаимоотношений больного и медицинской сестры. Всегда помните слова выдающегося врача ХЕХ в. М.Я.Мудрова, что во время обследования больной сам исследует медицинского работника. Вот почему поверхностный расспрос, недостаточное внимание ко вновь поступившему в отделение ребенку могут вызвать недоверие, повышенную тревожность и настороженность у детей, особенно воспитывающихся в семье и не посещающих детские учреждения.

Взаимоотношения медицинских работников с родителями и близкими больного ребенка. Родители, особенно матери, в большинстве случаев тяжело переживают заболевание ребенка, Мать тяжело больного в той или иной степени психически травмирована и ее реакции могут быть неадекватными. Поэтому необходим индивидуальный подход к матери со стороны всех без исключения медицинских работников. Особое внимание должно уделяться матерям, осуществляющим уход за тяжелобольным ребенком в стационаре. Важно не только успокоить женщину словами, но и создать необходимые условия для полноценного отдыха, питания, убедить ее, что ребенок получает правильное лечение и находится в "хороших руках". Мать должна понимать важность и правильность назначенных врачом и

выполняемых медицинской сестрой манипуляций, процедур и т.п. При необходимости обучают родителей (маму) выполнению отдельных манипуляций, например инъекций, ингаляций и др.

Большинство родителей относятся к медицинским работникам с теплотой, доверием и благодарны им за их нелегкий труд. Однако встречаются и "трудные" родители, которые пытаются грубостью и нетактичным поведением добиться особого внимания сотрудников больницы к своему ребенку. С такими родителями медицинские работники должны проявлять внутреннюю сдержанность и внешнее спокойствие, что само по себе положительно действует на плохо воспитанных людей.

Большого такта требует беседа медицинской сестры с родителями и близкими больного ребенка в дни посещений и приема передач. Несмотря на загруженность, медицинский работник должен найти время спокойно и неторопливо ответить на все вопросы. Особые трудности могут возникнуть, когда родители пытаются узнать диагноз заболевания ребенка, уточнить правильность проводимого лечения, назначения процедур. В этих случаях беседа медицинской сестры с родственниками не должна выходить за рамки ее компетенции. Она не имеет права рассказывать о симптомах и возможном прогнозе заболевания. Медицинская сестра должна вежливо извиниться, сослаться на неосведомленность и направить родственников к лечащему врачу или заведующему отделением.

Не следует идти "на поводу" у родителей, стремиться выполнить необоснованные требования, например прекратить назначенные врачом инъекции, изменить режим и диету и т.п. Такого рода "отзывчивость" способна принести лишь вред и ничего общего не имеет с принципами гуманной медицины.

Во взаимоотношениях медицинских работников с родителями немаловажное значение имеет форма обращения. Обращаясь к родителям, медицинская сестра должна называть их по имени и отчеству, не допускать фамильярности и не пользоваться такими терминами, как "мамаша" и "папаша".

Контакты медицинских работников с родителями в детских отделениях тесные и частые. Правильная тактика общения среднего медицинского персонала с родными и близкими больного ребенка создает должное психологи-

ческое равновесие межличностных взаимоотношений медицинский работник — больной ребенок — его родители.

Тактика поведения медицинского работника. Уход за ребенком, помимо профессиональной подготовки, требует от медицинского работника большого терпения и любви к детям. Важно иметь представление о степени соответствия психического и физического развития ребенка, знать его личностные качества. Часто болеющие дети уже с раннего возраста выглядят более инфантильными, чем их здоровые сверстники.

Следует помнить, что у детей дошкольного и младшего школьного возраста нередко возникают страх боли, боязнь белых халатов, одиночества и т.п. В связи с этим у таких детей часто развиваются невротические реакции (недержание мочи или кала, заикание и т.п.). Медицинская сестра должна помочь ребенку преодолеть страх. Необходимо в доверительной беседе с ребенком выяснить причины того или иного страха, рассеять его, ободрить больного, особенно перед манипуляциями (инъекциями, процедурами). Желательно взятие крови из вены, выполнение инъекций и т.п. проводить одновременно недавно поступившим детям и находящимся в стационаре длительное время. Дети в этих случаях, как правило, намного легче переносят незнакомые им манипуляции.

Медицинский работник должен уметь компенсировать детям отсутствие родителей и близких. Особенно плохо переносят разлуку с родителями дети до 5 лет. Однако даже болезненно переживающие временный отрыв от родителей дети довольно быстро привыкают к новой обстановке, успокаиваются. В этой связи частые посещения родителей в первые дни госпитализации могут травмировать психику ребенка. Целесообразно в период адаптации (3—5 дней) не допускать частых визитов родителей. По окончании этого периода, если родители или близкие родственники в силу каких-то причин не могут регулярно посещать больного ребенка, медицинская сестра должна порекомендовать им чаще присылать письма, носить передачи, чтобы ребенок чувствовал заботу и внимание.

Медицинскому работнику принадлежит ведущая роль в создании благоприятной психологической обстановки в лечебном учреждении, напоминающей ребенку домашнюю обстановку (организация игр, просмотр телевизионных передач и т.д.). Прогулки на свежем воздухе сближают

детей, а внимание и теплое отношение медицинской сестры обеспечивают адаптацию больных детей к новым условиям.

Следует поддерживать в коллективе лечебного учреждения доброжелательность, единство стиля и слаженность в работе, что помогает обеспечивать высокий уровень ухода и лечения детей. В коллективе каждый работник имеет свой круг обязанностей. Так, для постовой медицинской сестры обязательны строгое соблюдение распорядка дня и выполнение назначений врача, для младшей медицинской сестры — поддержание чистоты в палатах и опрятного вида детей. Медицинская сестра, находясь среди детей и наблюдая за их поведением и реакциями, должна видеть индивидуальные особенности детей, характер взаимоотношений и т.д. Такая медицинская сестра является хорошим помощником лечащего врача, так как она способствует созданию здоровой психологической атмосферы лечебного учреждения.

Соблюдение этических принципов и норм медицинской деонтологии является обязательным и не зависит от места работы и должности медицинского работника. В норму поведения медицинского работника входит также бережное отношение к общественному достоянию, дружелюбие, чувство коллегиальности, соблюдение дисциплины, добросовестное отношение к труду. Нужно проявлять сдержанность и тактичность, быть взаимно вежливыми.

Очень важно уметь держать себя среди больных и коллег, уметь вести беседу соответственно обстановке и т.п. Любой работающий в лечебно-профилактическом учреждении должен иметь опрятный вид, следить за чистотой своего тела, одежды, обуви, избегать украшений, излишней косметики. Рабочая одежда (халат, колпак или косынка, сменная обувь) всегда должна находиться в образцовой чистоте и порядке, быть установленной формы, принятой в данном учреждении.

Большой вред здоровью малыша наносит курение. "Пассивное" курение, которому подвергается малыш, отрицательно сказывается на его здоровье и развитии. Поэтому в детских лечебно-профилактических учреждениях курение запрещено. К этическим нормам поведения относится также форма приветствия друг друга. К старшим товарищам обращаются только по имени и отчеству.

Этико-деонтологические особенности работы в различных лечебно-профилактических учреждениях. У медицинских работников детских поликлиник контакт с детьми носит долговременный характер, в связи с чем появляется возможность планировать и распределять работу по оказанию медицинской помощи детям на достаточно продолжительное время. Главный раздел работы медицинской сестры в детской поликлинике — профилактика. В больнице большее внимание уделяют диагностике, лечению и реабилитации.

Во время патронажей на дому медицинская сестра обучает родителей правилам ухода за грудным ребенком, вскармливания, необходимости проведения профилактических прививок и т.д. Обычный человеческий контакт (и профессиональные знания) позволяют решать быстро и правильно все проблемы, необходимые для ребенка.

Когда ребенок в амбулаторных условиях получает курсовое лечение (инъекции лекарственных средств, физиотерапевтические процедуры, лечебную физкультуру, водолечение и др.), появляется возможность воздействия на детей с помощью деонтологических приемов. В последние годы во многих поликлиниках организуются стационары одного дня, позволяющие осуществлять лечение больному в полном объеме: регулярно принимать диетическое питание и лекарственные средства, выполнять необходимые лечебные процедуры и т.п. Медицинская сестра, занимая срединное положение в медицинской иерархии, участвует в коллективных лечебных действиях. Закрепить лечебный успех помогают ее душевная чуткость, воспитанность, деликатность.

Иная ситуация возникает, когда ребенок при подозрении на то или иное заболевание, требующее стационарного обследования и лечения, госпитализируется. Это происходит или в плановом, либо в экстренном порядке по неотложной или скорой помощи. На этапе госпитализации у медицинского работника относительно мало возможностей для воздействия на больного ребенка и его родителей или близких. Но требуется проявить максимум такта, чтобы укрепить мнение родителей в необходимости госпитализации и обследования больного ребенка.

Более разнообразны взаимоотношения медицинского работника и ребенка в больнице, при этом нужно учитывать профиль стационарного отделения. Наиболее распро-

страненными являются педиатрические отделения, где лечатся дети с заболеваниями органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, почек, органов пищеварения и др. Для большинства заболеваний внутренних органов характерно длительное, хроническое течение, что требует продолжительного лечения и соответственно контакта между больным ребенком, его родителями и медицинскими работниками. Длительный отрыв от семьи и привычной школьной обстановки у детей старших возрастов могут вызвать различные психогенные реакции. Это усугубляет течение основного заболевания и создает неблагоприятный психологический фон. Нервно-психические нарушения легко развиваются у детей с тревожно-мнительной настроенностью, особенно в пре- и пубертатном возрастах. Помимо основного соматического заболевания, обуславливающего разнообразные жалобы, таким детям свойственны невротоподобные черты поведения: быстрая утомляемость, смена настроения, нередко беспричинно возникающего, плохой сон, головная боль, сердцебиение, необоснованная тревога и т.п. Подобные жалобы наблюдаются у детей с вегетососудистой дистонией, болезнями органов пищеварения. Дети, главным образом девочки, "уходят в болезнь". Они длительное время предъявляют жалобы на боли в животе или диспепсические расстройства (тошнота, изжога), хотя объективных данных за обострение основного заболевания нет. Эти больные особенно требуют внимания со стороны медицинских работников, которые должны умело использовать любое психотерапевтическое воздействие.

Следует считаться с характером основного заболевания. Например, у детей с повышенной кровоточивостью (тромбоцитопеническая пурпура, гемофилия) могут легко возникать внутренние и наружные кровоизлияния — в кожу, суставы. Таким больным детям, особенно дошкольного возраста, необходимо постоянное внимание взрослых (мать, бабушка). Дети отличаются непоседливостью, чрезвычайно подвижны. Отсюда высокая возможность травматизации во время игр со сверстниками, при "обычных" ситуациях.

В хирургических отделениях также существуют свои особенности работы с больными. После перенесенного оперативного вмешательства ребенок находится сначала в реанимационном, а затем в хирургическом отделении.

Строгий постельный режим сказывается на самочувствии и настроении детей, особенно младшего возраста. У них возникает повышенная капризность, раздражительность и беспокойство, немотивированное чувство страха. Их преодоление во многом зависит от постоянного доброжелательного внимания медицинских работников, их профессионального опыта, позволяющего своевременно на фоне субъективных жалоб распознать признаки ухудшения состояния больного ребенка. Особого ухода требуют дети, вынужденные неделями и даже месяцами находиться в постели (дети с травмами, ортопедическими заболеваниями и др.). Создание соответствующих условий в отделении, а главное индивидуальный подход к каждому больному позволяют лучше преодолевать негативные последствия длительной обездвиженности и способствуют более быстрому выздоровлению. Обязательны ежедневная лечебная физкультура и курсы аппаратной физиотерапии.

Свои особенности имеет работа с детьми, госпитализированными в глазное и оториноларингологическое отделения. Снижение или даже временная утрата зрения и слуха крайне неблагоприятно переносится ребенком и подвергает его опасности возникновения травм, несчастных случаев и т.п. Медицинскому персоналу, работающему с такими детьми, помимо высокого профессионализма и постоянного внимания, должно быть присуще желание и способность понимать психологическое состояние больных.

В еще большей степени сопереживание по отношению к больному ребенку и особый такт общения с ним обязаны соблюдать медицинские работники в таких специализированных отделениях, где лечатся дети с новообразованиями, включая острый лейкоз, тяжелыми иммунодефицитными заболеваниями.

Работа с детьми в инфекционном отделении требует строгого выполнения этико-деонтологических принципов всеми медицинскими работниками: врачами, медицинскими сестрами, младшим медицинским персоналом. Возможность заразиться от больного и риск возникновения внутрибольничных инфекций обуславливает необходимость проведения комплекса профилактических мероприятий. Особое внимание обращается на содержание больного в отделении, так как многие заболевания требуют пребывания ребенка в боксе. Медицинский персонал

должен не только неукоснительно соблюдать правила личной гигиены в процессе ухода, выполнять в полном объеме медицинские процедуры, проводить весь комплекс дезинфекционных мероприятий, но и осуществлять динамичное наблюдение за больными, принимая во внимание их нервно-психическое состояние в связи с полной изоляцией.

Лечебно-охранительный режим в детском учреждении. В нашей стране благодаря работам И.П.Павлова утвердился один из принципов организации лечения — так называемый лечебно-охранительный режим. По существу это создание оптимальных условий пребывания больных в стационаре. Элементами лечебно-охранительного режима являются: устранение всех неблагоприятных факторов обстановки, обеспечение больным необходимых условий для сна, отдыха, приема пищи, четкое соблюдение правил внутреннего распорядка, борьба с болью, страхом изоляции, боязнью лечебно-диагностических процедур, отвлечение ребенка от ухода в болезнь, строгое соблюдение психотерапевтических принципов общения медицинского персонала с больным.

Воздействие лечебно-охранительного режима на ребенка начинается уже при поступлении в стационар.

Большое влияние на детей оказывают общий вид больницы, ее расположение, характер территории, где должно быть предусмотрено место для прогулок и игр. Исключительное значение имеет контакт медицинских работников с ребенком в приемном отделении. Помимо хорошей организации труда в этом отделении больницы, от медицинского персонала требуются доброжелательность, чуткое внимание к любому больному и его родителям, оперативность при оказании первой медицинской помощи.

Благоприятное влияние на психику больного оказывают внешний вид и хорошее санитарное состояние помещений приемного отделения коридоров, палат, столовых, санитарных узлов, игровых комнат и пр. Уборка этих и других помещений больницы должна проводиться в строго регламентированное внутренним распорядком время.

При поступлении ребенка в отделение медицинские работники обязаны проявлять внимание, оперативность в размещении больного, профессионализм, что нередко позволяет избежать осложнений заболевания или исключить нежелательные контакты с другими детьми. Важен прин-

цип рационального размещения больных с учетом их психологической совместимости. Значение имеют возрастные различия, поскольку дети старших возрастов (11—14 лет) благотворно влияют на дошкольников, стремящихся подражать старшим.

В осуществлении лечебно-охранительного режима велика роль правильной организации питания, включая передачи разрешенных продуктов. Вкусная и разнообразная пища, свежие овощи и фрукты, хорошая сервировка стола, благоприятная обстановка при приеме пищи — вот далеко неполный перечень составных лечебного питания в больнице.

Не следует забывать о возможности влияния таких психотравмирующих факторов, как диагностические (взятие крови, эндоскопия) и лечебные (пункция) процедуры.

В р а ч е б н а я т а й н а . Медицинский работник не имеет права разглашать сведения о больном, полученные во время обследования, лечения и наблюдения. Не следует вслух высказывать мнение о состоянии больного, возможном прогнозе заболевания, давать оценку применяемому лечению и т.п. Особую значимость в сохранении врачебной тайны имеет правильное хранение медицинской документации. Ни один из документов не должен быть источником разглашения врачебной (медицинской) тайны.

Ю р и д и ч е с к а я о т в е т с т в е н н о с т ь . Медицинский персонал несет не только моральную ответственность за охрану здоровья больных и выполнение своих обязанностей. Российское законодательство предусматривает юридическую ответственность врачей и медицинских сестер в следующих случаях: 1) небрежное отношение к своим обязанностям, повлекшее за собой ухудшение в состоянии здоровья больного, рассматривается как преступная халатность; 2) нарушение санитарно-гигиенических и противоэпидемических правил, если эти нарушения повлекли или могли повлечь распространение эпидемических и других заразных заболеваний, рассматривается как преступление против здоровья населения; 3) грубое нарушение техники манипуляций, повлекшее за собой смерть больного, рассматривается как непредумышленное убийство; 4) хищение лекарственных препаратов и инвентаря рассматривается как хищение государственной или иной собственности; 5) хищение наркотических анальге-

тиков рассматривается как особо опасное преступление; б) неоказание больному помощи лицом, обязанным ее оказать, если в результате этого наступили тяжелые последствия (смерть, тяжелое состояние), рассматривается как уголовное преступление.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что такое медицинская этика?
2. В чем заключается этический долг медицинского работника?
3. Что изучает деонтология?
4. Каковы задачи медицинской деонтологии?
5. Как строятся взаимоотношения медицинских работников в условиях детской больницы?
6. Какова этика взаимоотношений медицинской постовой сестры с родителями больного ребенка?
7. Какие правила и принципы поведения должен соблюдать медицинский работник?
8. Что такое врачебная тайна?
9. Какие нарушения этики и деонтологии со стороны медицинского персонала могут повлечь за собой юридические последствия?

Г л а в а 4

ОБЯЗАННОСТИ МЛАДШЕГО И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

В больницах существует двухступенчатая (врач, медицинская сестра) и трехступенчатая (врач, медицинская сестра, младшая медицинская сестра) система обслуживания больных. С 1968 г. в детских больницах вместо санитарки введена должность младшей медицинской сестры (медицинская сестра по уходу). При двухступенчатой системе медицинская сестра не только выполняет назначения врача и проводит процедуры, но и обеспечивает уход за больными. При трехступенчатой системе младшая медицинская сестра проводит уборку помещений, следит за своевременной сменой белья, чистотой предметов ухода, помогает больным и ухаживает за ними.

Младшая медицинская сестра выполняет следующие обязанности:

- влажная уборка палат, кабинетов, операционных, коридоров, мест общего пользования;
- смена нательного и постельного белья;
- санитарная обработка больных;
- ежедневный туалет, уход за кожей, волосами, ушными раковинами, глазами, полостью рта больных и т.д.;
- подача судна, мочеприемника, их дезинфекция;
- профилактика пролежней;
- пеленание и подмывание детей;
- контроль за санитарным состоянием прикроватных тумбочек.

Подготовка младших медицинских сестер осуществляется непосредственно в больницах, а также на краткосрочных курсах, организованных при Союзе обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (СОКК и КП).

М е д и ц и н с к а я с е с т р а — представитель среднего медицинского звена. Это помощник врача в лечебно-профилактических, детских дошкольных и школьных учреждениях.

На должность медицинской сестры назначают лиц, окончивших медицинские училища со сроком обучения не менее 2 лет и получивших свидетельство о присвоении им квалификации медицинской сестры. Медицинскими сестрами могут работать студенты медицинского института, успешно закончившие три курса дневного обучения.

Обязанности медицинской сестры разнообразны и требуют серьезных профессиональных навыков. Медицинская сестра тщательно и неукоснительно, по предписанию лечащего врача, выполняет все назначения, а в экстренных случаях — назначение дежурного врача. Она обязана проследить, чтобы ребенок принял назначенные ему лекарственные средства, а при необходимости — помочь. Одновременно медицинская сестра осуществляет уход за больными. Она следит за санитарным состоянием закрепленных за ней палат, делает необходимые записи в медицинских картах стационарных больных о выполнении лечебных и гигиенических назначений.

Медицинская сестра присутствует на врачебном обходе больных, сообщает врачу сведения о состоянии здоровья детей, получает дальнейшие указания по уходу за больными.

ми и выполняет их. В обязанности медицинской сестры входят измерение температуры тела больного и ее регистрация в температурном листе медицинской карты стационарного больного, подсчет пульса, частоты дыхания, определение АД, массы тела и др. По назначению врача медицинская сестра (с помощью младшей медицинской сестры) измеряет суточное количество мочи и мокроты.

Медицинская сестра наблюдает за чистотой, тишиной и порядком в палатах; обучает детей и их родителей правилам личной гигиены; заботится о своевременном снабжении больных всем необходимым для лечения и ухода, проводит гигиенические ванны, следит за сменой нательного и постельного белья, принимает участие в санитарно-просветительной работе.

По назначению врача медицинская сестра собирает материалы для анализов (моча, кал, мокрота и др.), доставляет их в лабораторию, получает результаты исследований и подклеивает бланки ответов в медицинские карты стационарных больных. Следит за точным выполнением больными, а также младшим медицинским персоналом и посетителями установленных правил внутреннего распорядка больницы, осуществляет транспортировку больных (на исследования и т.д.). В обязанности медицинской сестры входит контроль за лечебным питанием, а при необходимости и личное участие в раздаче пищи, кормлении тяжелобольных и детей младшего возраста; контроль за передачами больным и их правильным хранением.

Медицинская сестра отвечает за образцовое содержание сестринского поста, исправное состояние медицинского и хозяйственного инвентаря; соблюдает правила хранения лекарственных средств; составляет требования на лекарственные средства, перевязочные материалы и предметы ухода за детьми; сопровождает детей (по назначению врача) на рентгенологические, эндоскопические, радиологические и другие исследования; следит за своевременным возвращением медицинских карт стационарных больных от специалистов, вносит в них результаты исследований. Составляет порционные требования на питание больных в соответствии с назначениями и передает их на пищеблок.

По назначению заведующего отделением или лечащего врача медицинская сестра вызывает для консультации спе-

циалистов из других отделений, заказывает машину для перевозки ребенка в другое лечебно-профилактическое учреждение.

Медицинская сестра принимает вновь поступивших в отделение детей, проводит осмотр кожи и волосистой части головы ребенка для исключения инфекционных заболеваний и педикулеза, помещает больных детей в соответствующие палаты, докладывает о вновь поступивших больных врачу. В ее обязанности входит ознакомление вновь поступивших детей с правилами внутреннего распорядка, режимом дня и правилами личной гигиены.

Распределение работы палатной медицинской сестры в течение суток представлено ниже.

**Примерный план работы палатной медицинской сестры
в течение суток**

<i>Время</i>	<i>Мероприятия</i>	<i>Объем работы</i>
5.30—6.00	Подъем и кормление детей грудного возраста, выполнение врачебных назначений	Утренний туалет детей грудного возраста, измерение температуры тела, взвешивание детей. Запись полученных данных в медицинскую карту стационарного больного. Выполнение инъекций. Первое кормление детей, после чего детей грудного возраста укладывают спать
7.00—7.30	Подъем	Измерение температуры тела у детей старшего возраста и регистрация полученных данных в температурных листах медицинских карт стационарных больных
7.30—8.00	Утренний туалет	Помощь детям в проведении утреннего туалета, уход за тяжелобольными и детьми младшего возраста: обработка полости рта, носа, промывание глаз. Причесывание больных, перестилание постелей. Отправление собранной мочи, кала в лабораторию
8.00—8.15	Раздача лекарственных средств	Оказание помощи больным в приеме лекарственных средств

Время	Мероприятия	Объем работы
8.15-8.45	Завтрак	Контроль за соблюдением диеты, помощь в раздаче пищи, кормление тяжелобольных. Второе кормление детей грудного возраста
8.45-9.15	Передача дежурства	Обход больных, передача медикаментов, документация. Участие в утренней конференции
9.15-10.00	Врачебный обход	Участие во врачебном обходе больных, помощь врачу (раздевание, одевание) при осмотре тяжелобольных и детей младшего возраста
10.00-11.00	Выполнение врачебных назначений	Выполнение инъекций, зондирований и других назначений. Транспортировка детей на исследования. Уход за тяжелобольными
11.00-11.30	Раздача лекарственных средств	Раздача лекарственных средств, выполнение инъекций
11.30-12.00	Второй завтрак	Помощь в раздаче пищи, третье кормление детей грудного возраста, раздача передач
12.30-15.00	Сон	Проветривание палат. Подготовка детей ко сну. Контроль за соблюдением порядка и тишины. Уточнение (по медицинской карте стационарного больного) назначений врача и внесение поправок в сестринский лист (лист назначений)
15.30-16.30	Обед	Контроль за соблюдением диеты, помощь в раздаче обеда, четвертое кормление детей грудного возраста
17.00-18.30	Выполнение вечерних назначений	Измерение и регистрация температуры тела. Раздача лекарственных средств, выполнение инъекций
18.30-19.30	Ужин	Помощь в раздаче ужина, кормление детей
19.30-20.00		Пятое кормление детей грудного возраста

<i>Время</i>	<i>Мероприятия</i>	<i>Объем работы</i>
20.00—21.00	Выполнение вечерних назначений	Подготовка детей к рентгенологическому обследованию на следующий день (постановка клизм). Раздача лекарственных средств. Постановка банок, компрессов, горчичников, выполнение инъекций
21.00—21.30	Сон	Вечерний туалет: умывание, подмывание, перестилание постели. Проветривание палат, коипроль за своевременным выключением света, тишиной в палатах и отделении
23.30—24.00		Шестое кормление детей грудного возраста
0.00—2.00	Работа с документацией	Сверка назначений (по медицинской карте стационарного больного), внесение изменений в сестринские листы. Выписывание направлений на лабораторные анализы и консультации специалистов. Подклеивание бланков с результатами анализов в медицинские карты стационарных больных
2.00—5.30	Ночная работа	Наблюдение за состоянием детей. Ночной обход больных, укрывание детей, смена мокрого белья. Вызов при необходимости дежурного врача и помощь ему в манипуляциях. Заполнение требований на медикаменты и питание на следующий день

Медицинская сестра в педиатрическом отделении больницы должна уметь выполнять следующие манипуляции: 1) кормить ребенка через зонд, зондировать и промывать желудок; 2) ставить клизмы всех видов (очистительные, сифонные и др.); 3) вводить газоотводную трубку; 4) производить катетеризацию мочевого пузыря мягким катетером (у детей старше 1 года); 5) ставить горчичники, банки, компрессы; 6) втирать лекарствен-

ные средства; 7) давать лекарственные средства через рот; 8) закапывать лекарственные растворы в глаза, нос, уши; 9) накладывать пластырь; 10) производить внутрикожные, подкожные, внутримышечные и внутривенные (последние — по разрешению врача) вливания; 11) измерять артериальное давление; 12) производить непрямой массаж сердца; 13) проводить искусственную вентиляцию легких (ИВЛ); 14) брать мазки из зева; 15) собирать материал для лабораторных исследований (моча, кал, пот, рвотные массы и др.); 16) проводить физиотерапевтические процедуры (по назначению врача); 17) вести мониторинг за больным и замечать отклонения на дисплее; 18) проводить дуоденальное и желудочное зондирование.

Работа медицинской сестры строится по графику, утвержденному заведующим отделением. Во время дежурства медицинская сестра без разрешения врача не имеет права отлучаться из отделения.

Штатным расписанием отделения предусмотрена медицинская сестра процедурного кабинета, осуществляющая наиболее сложные медицинские манипуляции; она помогает врачу в проведении тех манипуляций, которые имеет право выполнять только врач (переливание крови, пункции, введение контрастных веществ и др.). Кроме того, выделяется сестра-хозяйка, отвечающая за хозяйственный инвентарь, проведение генеральной уборки всех помещений.

Исключительно важна роль старшей медицинской сестры в правильной организации ухода за детьми, питания и строгого выполнения всех врачебных назначений. Старшая медицинская сестра организует работу среднего и младшего медицинского персонала, кроме того, в ее обязанности входят соблюдение санитарно-эпидемического режима и обучение поступающих в отделение новых работников. В отделении новорожденных старшая медицинская сестра ежедневно до начала работы проводит осмотр персонала и матерей (измерение температуры тела, осмотр зева и кожи).

Прием и сдача дежурств — наиболее ответственный момент работы медицинской сестры в осуществлении преемственности в лечении больных. Медицинская сестра не имеет права самостоятельно покинуть пост даже в том случае, если не явилась ее смена.

Прием и передача дежурства медицинскими сестрами должны проводиться покроватно. Сдающая пост медицинская сестра знакомит принимающую пост медицинскую сестру с больными детьми, передает необходимые сведения об индивидуальных особенностях лечения и ухода. На утренней конференции медицинская сестра делает сообщение о проведенной работе.

При заступлении на дежурство медицинские сестры (сдающая и принимающая пост) совместно проводят обход больных, при этом особое внимание обращают на тяжелобольных, санитарное состояние палат, соблюдение правил личной гигиены. В журнал сдачи дежурств заносится объем невыполненной за предыдущую смену работы у того или иного больного, а также врачебные назначения дежурного врача, данные о раздаче сильнодействующих лекарственных средств, подготовке детей к лабораторным и инструментальным исследованиям и т.п. Заступающая на дежурство медицинская сестра принимает термометры, шприцы, медикаменты, предметы ухода (поильники, грелки, подкладные судна, мочеприемники и пр.), инвентарь, ключи от шкафов с лекарственными средствами общего списка. Она получает заранее составленный список назначений на исследования и направления в разные лаборатории и кабинеты. Необходимо проверить наличие достаточного количества чистого белья на всю смену. В конце смены медицинская сестра составляет сводку движения больных: число больных в отделении на начало суток, число поступивших, выбывших (отдельно: выписанные, переведенные в другие отделения или лечебно-профилактические учреждения, умершие) и состоящих на начало следующих суток. Эти сведения ежедневно передаются в приемное отделение больницы.

Медицинский пост — рабочее место медицинской сестры (рис. 4). Медицинский пост расположен возле палат, чтобы дети, особенно тяжелобольные, находились под постоянным визуальным контролем. С этой целью стены палат или перегородки между ними делают из толстослойного или органического стекла. На посту медицинской сестры должны быть следующие необходимые предметы: стол с запирающимися на ключ выдвижными ящиками для хранения медицинских карт стационарных больных, бланков, медицинского инструментария и пр.; шкаф для



Рис. 4. Сестринский медицинский пост.

хранения медикаментов; телефоны городской и местной сети; холодильники; настольная лампа.

Рабочее место медицинской сестры должно содержаться в чистоте и быть укомплектованным необходимыми предметами. От подготовленности рабочего места во многом зависит эффективность работы медицинской сестры. Старшая медицинская сестра отделения, заканчивая рабочий день, снабжает сестринские посты всем необходимым на следующие сутки.

Медицинская документация утверждается Минздравом РФ и используется в лечебно-профилактических учреждениях в виде унифицированных бланков.

Медицинская карта стационарного больного (форма № 003/у) (история болезни) — основной первичный медицинский документ, который заполняют на каждого больного, находящегося в стационаре лечебного учреждения. В медицинскую карту стационарного больного вносят все данные о больном, включая результаты динамического наблюдения и лечения. В нее вклеивают

результаты лабораторных, инструментальных и других исследований, ежедневно записывают значения утренней и вечерней температуры тела, пульса и частоты дыхания, показатели артериального давления, а при необходимости и суточное количество мочи (диурез). В медицинской карте стационарного больного медицинская сестра отмечает время поступления больного в отделение и результаты осмотра на педикулез, расписывается. В листе назначений отмечает время выдачи лекарственного средства, в температурном листе — массу и рост ребенка при поступлении, температуру больного утром и вечером, далее один раз в 7—10 дней отмечает дни приема ванны и смены белья, ежедневно — стул ребенка.

Медицинская карта стационарного больного является юридическим документом. Она хранится в течение 25 лет и поэтому должна вестись строго по установленной форме. В ней не допускается каких-либо исправлений; запрещается заклеивать, стирать, зачеркивать ранее написанное, дописывать. Медицинская сестра отвечает за сохранность медицинских карт стационарных больных, которые хранят в ящике или шкафу, запирающемся на ключ, в не доступном детям и их родителям месте.

Направления в лабораторию заполняет медицинская сестра. В них отмечают фамилию, имя и возраст ребенка, номер медицинской карты стационарного больного, название отделения и перечень показателей, которые следует определить.

В сестринские листы медицинская сестра вносит из медицинских карт стационарных больных врачебные назначения каждому больному. Форма заполнения произвольная. Лучше составлять индивидуальные сестринские листы на каждого ребенка отдельно, но можно заполнять их по виду манипуляций, диет, лекарственных средств с перечислением фамилий детей.

В журнале сдачи (передачи) дежурств отмечают число находящихся на посту детей, фамилии вновь поступивших и выбывших больных с указанием диагноза. Кроме того, перечисляют лихорадящих детей с указанием температуры тела, дают оценку динамики клинических симптомов у тяжелобольных, перечисляют все внеплановые манипуляции и принятые меры помощи, выполненные дежурным врачом и по его назначению. Отдельно приводят список детей, подготовленных в соот-

ветствии с врачебными назначениями к диагностическим и лечебным процедурам (эндоскопическое, рентгенологическое, ультразвуковое исследования и т.д.).

В журнале движения больных отделения отмечаются сведения о движении больных: число выбывших и поступивших.

В журнале учета инфекционных больных фиксируют фамилию, имя, возраст ребенка, доставленного с инфекционным заболеванием, диагноз, дату, контакты и принятые меры.

Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (форма № 058/у) составляет медицинский работник (сестра) и посылает в центр санитарно-эпидемиологического надзора.

Работа с лекарственными средствами. Одной из важнейших обязанностей медицинской сестры является участие в лечебном процессе, которое проявляется прежде всего в раздаче лекарственных средств. Лекарственные препараты оказывают на организм разнообразное действие, включая местное и общее. Однако, помимо основного терапевтического, они могут вызывать побочные или нежелательные эффекты. Последние уменьшаются и даже полностью ликвидируются после снижения дозы и отмены лекарственного средства. Возможны случаи непереносимости лекарств, приводящей к тяжелейшим осложнениям (например, анафилактический шок). Медицинская сестра обязана не только знать о всех возможных побочных реакциях на введение того или иного лекарственного препарата, но и уметь оказывать экстренную доврачебную помощь.

Хранение лекарственных средств осуществляют в специальных запирающихся шкафах, находящихся под контролем постовой медицинской сестры. В шкафу лекарственные средства располагают по группам на отдельных полках с соответствующей надписью: стерильные, внутренние, наружные, глазные капли, инъекционные. У задней стенки ставят более крупную посуду, впереди — мелкую. Это позволяет, не переставляя лекарственные средства, прочитать этикетку, выбрать нужный препарат. Кроме того, каждая полка должна быть разделена: например, "внутренние" — на отделения для порошков, таблеток, микстур. Можно на одной полке поместить порошки,

таблетки, капсулы, на другой — микстуры, растворы и т.д. Так хранят лекарственные средства общего списка.

Особо строгие требования предъявляются к ядовитым и сильнодействующим лекарственным средствам. Для них выделяются небольшие по объему сейфы или металлические шкафы, которые постоянно находятся под замком.

В сейфе (шкафу) с надписью "А" находятся ядовитые и наркотические лекарственные средства, а в сейфе (шкафу) с надписью "Б" — сильнодействующие средства. На внутренней поверхности каждого из сейфов помещают перечень находящихся ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств с указанием высших разовых и суточных доз (в зависимости от возраста ребенка). Здесь же должны быть таблицы противоядий. Запасы ядовитых и наркотических средств не должны превышать пятидневной потребности, сильнодействующих — десятидневной.

Для учета прихода и расхода ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств ведется специально пронумерованный, прошнурованный и скрепленный сургучной печатью лечебного учреждения журнал по следующей форме:

<i>Приход</i>			<i>Расход</i>				
дата	откуда	количес- тво	дата	№ меди- цинской карты стаци- онарно- го боль- ного	фами- лия и имя боль- ного, возраст	количес- тво	под- пись

Журнал, а также требования на получение и отпуск ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств сохраняются в отделении в течение 3 лет. Затем эти документы в присутствии комиссии уничтожаются, о чем составляют акт.

Ключи от сейфов (шкафов) "А" и "Б" хранятся только у лиц, назначенных приказом по лечебному учреждению. Эти лица являются ответственными за хранение и выдачу ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств. За несоблюдение правил хранения и хищение этих лекар-

ственных средств медицинский персонал несет уголовную ответственность.

Лекарственные средства, обладающие сильным запахом (йодоформ, лизол, нашатырный спирт и др.) и легко воспламеняющиеся (эфир, этиловый спирт), хранят в отдельном шкафу. Отдельно хранят также красящие лекарственные средства (йод, бриллиантовый зеленый и т.д.).

Срок годности лекарственных средств заводского изготовления, как правило, составляет 2—5 лет, но может быть и большим. Срок хранения определяется по маркировке. Каждой промышленной партии выпускаемых медикаментов присваивается заводская серия, которая маркируется не менее чем пятью цифрами. Две последние цифры справа — год выпуска, две предыдущие — месяц выпуска, остальные — заводская серия.

Более короткие сроки годности имеют лекарственные средства, приготовленные в аптеке. Все емкости (коробки, банки, флаконы), содержащие лекарственные средства, изготовленные в аптеке, снабжаются соответствующими этикетками, на которых указывают наименование, дату изготовления и срок хранения.

Установлены сроки хранения и реализации лекарственных средств, приготовленных в аптеках: 2 сут — для инъекционных растворов, глазных капель, настоев, отваров, слизей; 3 сут — для эмульсий; 10 сут — для остальных лекарственных средств. Стерильные растворы в бутылках (не в ампулах) могут храниться не более 3 сут. Признаками порчи лекарственных средств являются изменение внешнего вида, в частности появление налетов, хлопьев, пятен на таблетках, появление дополнительного запаха, изменение цвета.

На медицинском посту не должно быть просроченных или негодных к употреблению лекарственных средств.

При хранении лекарственных средств следует соблюдать определенные температуру и влажность, степень освещенности, качество упаковки. Жидкие лекарственные средства, такие как настои и отвары, быстро портятся и поэтому должны храниться в холодильнике при температуре от 2 ° до 10 °С. Такие же требования предъявляются к хранению эмульсий, некоторых антибиотиков (пенициллин и др.), сывороток, растворов, содержащих глюкозу,

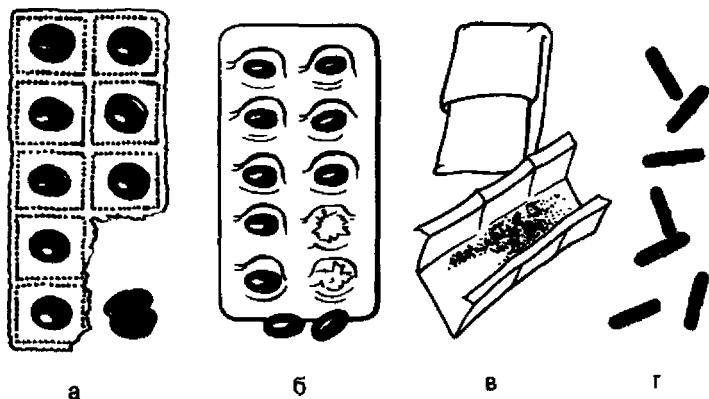


Рис. 5. Твердые лекарственные формы, а — таблетки; б — драже; в — порошки (в саше); г — порошки или микросферы с энтеросолюбивой оболочкой в желатиновых капсулах.

инсулин и т.д. Лекарственные средства, быстро разрушающиеся на свету (бром, йод), следует хранить в емкостях из темного стекла и в темном помещении.

При хранении лекарственных средств запрещается помещать их вместе с дезинфицирующими растворами и средствами для технических целей. Медицинская сестра не имеет права переливать лекарственное средство из одной емкости в другую, отклеивать и переклеивать этикетки, произвольно соединять лекарственные средства (например, таблетки с порошками и т.д.).

Раздача лекарственных средств осуществляется медицинской сестрой в строгом соответствии с назначением врача, который указывает в медицинской карте стационарного больного даты назначения и отмены лекарственных средств. Лекарственные средства принимают до, во время, после еды и перед сном. Самым распространенным, простым и удобным способом введения лекарственного средства является энтеральный путь, т. е. прием через рот или внутрь. Этот способ надежно контролируется. Внутрь в основном принимают твердые лекарственные формы: таблетки, драже, порошки, капсулы (рис. 5). Порошки в саше предназначены для разведения водой. Реже внутрь назначают жидкие лекарственные формы: растворы, отвары, микстуры и др. Следует помнить, что чем

меньше возраст ребенка, тем шире используется назначение жидких лекарственных форм.

Приступая к раздаче препаратов, медицинская сестра должна привести себя в порядок, вымыть руки с мылом. Во избежание ошибок необходимо уметь определять лекарственные средства по форме, цвету, запаху, вкусу. Ребенок должен принимать лекарственные средства только в присутствии медицинского персонала — медицинской сестры, врача.

Существует несколько способов раздачи лекарственных средств в условиях детского отделения. Можно пользоваться лотками, разделенными на ячейки с указанием фамилий больных. В них заранее раскладывают лекарственные средства. Прежде чем положить лекарственное средство в ячейку, следует сверить название, указанное на упаковке, с названием лекарственного средства в медицинской карте стационарного больного или сестринском листе. Затем медицинская сестра обходит с лотком все палаты. Другой способ — использование передвижного столика, на котором разложены лекарственные средства для приема внутрь, графин с водой, мензурки, ложки, чистые гашетки. Этот столик медицинская сестра вкатывает в палату и поочередно перемещает к кровати каждого больного, если тот находится на постельном режиме. Ходячие больные самостоятельно подходят к столику, где под контролем сестры принимают лекарственные средства.

При раздаче порошков бумажку, в которую упакован порошок, разворачивают и, придав ей форму желоба, высыпают порошок на язык ребенка, затем предлагают запить его водой. Не следует выдавать лекарственные средства ребенку на руки, тем более по несколько таблеток сразу. Важно соблюдать последовательность приема лекарственных средств. Проглотив таблетку, надо запить ее жидкостью, делая небольшие, но частые глотки. Это объяснено тем, что таблетка проходит через пищевод в течение 2—5 мин. Если делать большой глоток, то вода быстро проходит мимо таблетки и последняя может остановиться в грушевидном пространстве. Частые небольшие глотки воды или комки пищи способствуют более быстрому прохождению лекарственного средства в желудок.

В настоящее время выпускается большое количество лекарственных средств в сиропе. Дети, особенно младшего возраста, с большой охотой принимают их. Таблетки дети

глотают с трудом, а дети моложе 3 лет практически никогда не могут проглотить их. Поэтому перед приемом таблетки размельчают. Таблетку или порошок иногда приходится растворять в сладкой воде, сиропе, давать порошок вместе с едой и т.д. Детям грудного возраста назначенную дозу лекарственного средства в жидкой форме часто вводят дробно, чтобы ребенок не поперхнулся. Если ребенок не хочет принимать лекарственное средство, то приходится насильно открывать рот следующим образом: 1) двумя пальцами осторожно нажимают на щеки; 2) зажимают нос и в этот момент ребенок открывает рот. Некоторые микстуры (не раздражающие слизистую оболочку рта) детям первых месяцев жизни можно давать из соски.

Микстуры, отвары дают в градуированных стаканчиках с делениями 5, 10, 15, 20 мл. При отсутствии градуированной посуды учитывают, что водного раствора в чайной ложке около 5 мл, в десертной — 10 мл, в столовой — 15 мл. Спиртовые настои, а также жидкие экстракты отмеряют с помощью чистых пипеток одноразового пользования. Использование одной и той же пипетки для раздачи разных лекарственных средств запрещается.

Некоторые сердечные препараты (валидол, нитроглицерин) принимают под язык. При невозможности введения лекарственных средств через рот их вводят в виде свечей в прямую кишку. Свечи детям вводят только медицинские сестры.

Необходимо предупреждать больных, что при приеме некоторых лекарственных средств (висмут, железо, хинолиновые и т. п.) может изменяться цвет мочи и кала.

Отпуск лекарственных средств детям в поликлинике. Если больному ребенку необходимы лекарственные средства, то участковый врач выписывает обычные или льготные рецепты (детям до 3 лет, инвалидам с детства, инвалидам по заболеванию), с частичной или полной оплатой. Медицинские сестры должны знать основные лекарственные средства, востребованные педиатрической практикой, показания и противопоказания к их назначению, правила применения (формы лекарственных препаратов, связь с приемом пищи), возможные побочные эффекты. Кроме того, в России создан рынок без рецептурных форм лекарственных препаратов, что позволяет населению самостоятельно использовать те или иные лекарственные формы. Согласно приказу Министерства

здравоохранения Российской Федерации № 79 от 18 марта 1997 г., перечень лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача, включает 136 монопрепаратов и 514 комбинированных препаратов.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что такое двух- и трехступенчатая система обслуживания детей в больнице?
2. Перечислите обязанности младшей медицинской сестры.
3. Перечислите обязанности палатной медицинской сестры.
4. Каков примерный план работы палатной медицинской сестры в течение суток?
5. Какими манипуляциями должна владеть медицинская сестра?
6. В чем заключается сдача и прием дежурства в детском отделении больницы?
7. Как оборудован пост медицинской сестры?
8. Какие виды медицинской документации используются в терапевтическом отделении?
- ~ 9. Какие данные заносятся в температурный лист?
10. Назовите правила хранения лекарственных средств.
11. Назовите особенности раздачи лекарственных средств, принимаемых через рот, детям разного возраста.
12. Как регламентированы сроки хранения отдельных лекарственных средств?

Глава 5

САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЙ РЕЖИМ В ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

В деятельности детской больницы особое значение придается поддержанию порядка, чистоты, а также преемственности в работе медицинского персонала. Младший сестринский, сестринский и врачебный персонал должен соблюдать правила санитарно-противоэпидемического режима, предусматривающего организацию и проведение необходимых санитарно-профилактических и противоэпидемических мероприятий. В стационаре концентрируются больные и ослабленные дети, поэтому самое серьезное внимание должно уделяться профилактике внутрибольничных (нозокомиальных) инфекций. Для обеспече-

ния санитарно-противоэпидемического благополучия в детской больнице необходимо придерживаться существующих санитарных правил: соблюдать принцип изоляции отдельных групп детей при заполнении отделений (палат, боксов и т. д.), использовать имеющиеся помещения по назначению; создавать оптимальный воздушно-тепловой поток в помещениях; строго соблюдать правила работы пищеблока и буфетов-раздаточных; соблюдать правила приема на работу персонала и обеспечивать своевременное прохождение обязательных профилактических медицинских осмотров; детям и персоналу соблюдать правила личной гигиены; иметь средства для проведения дезинфекционных мероприятий (достаточное количество спецодежды, уборочного инвентаря, моющих и дезинфицирующих средств); осуществлять инженерно-техническое и санитарное благоустройство учреждения и принадлежащих ему участков земли.

Санитарно-противоэпидемический режим в приемном отделении. При направлении ребенка в стационар участковый педиатр должен выяснить, имел ли ребенок контакты с инфекционными больными дома или в школе (детском саду) за последние 3 нед (максимальная длительность инкубационного периода большинства детских инфекционных заболеваний). Полученные сведения отмечают в направлении на госпитализацию.

Даже при отсутствии контактов с инфекционными больными всех детей в приемном отделении больницы специально осматривает врач для исключения возможного инфекционного заболевания. Осматривают кожные покровы, видимые слизистые оболочки; измеряют температуру тела. Для большинства детских инфекций характерно повышение температуры, появление сыпи. Если ставят диагноз инфекционного заболевания или имеется подозрение на инфекционное заболевание, то больного немедленно изолируют в бокс либо направляют в инфекционную больницу.

Санитарная обработка больных проводится в приемном отделении. После осмотра ребенка врач приемного отделения при необходимости назначает гигиеническую ванну или душ. Если состояние больного крайне тяжелое, то его без санитарной обработки направляют в реанимационное отделение, где оказывают необходимую помощь, проводят интенсивную терапию.

Смотровая комната и ванное помещение должны содержаться в чистоте. По окончании осмотра ребенка производят обработку предметов (шпатели, термометры) и мебели (кушетки, стулья и др.), к которым прикасался больной. Клеенчатую подушку и клеенки на кушетке после каждого больного протирают 2 % раствором хлорамина или 0,5 % раствором хлорной извести, а в конце смены моют горячей водой с хозяйственным мылом. Простыни на кушетке следует менять также после каждого больного.

В случае выявления у ребенка инфекционного заболевания помещение, где находится больной, предметы и мебель подвергают обеззараживанию (дезинфекции).

В приемном отделении не реже 2 раз в день производят общую уборку помещений влажным способом с применением дезинфицирующих средств.

Для проведения санитарной обработки больного необходимы дезинфицирующие растворы и инвентарь. Обычно применяют следующие дезинфицирующие средства: хозяйственное мыло, лизол, столовый уксус, хлорную известь, хлорамин, гипохлорит кальция, 0,5 % раствор гексахлорана. Используют гребни, мочалки, вату, косынки, машинку для стрижки волос, спиртовки, кастрюли для чистых и грязных мочалок, ведра для приготовления дезинфицирующих растворов. Промаркированный инвентарь (ведра, тазы и пр.) хранят в специальном шкафу.

Осмотр на вшивость (педикулез) и чесотку. В приемном отделении обязательно осматривают ребенка с целью выявления педикулеза и чесотки. Такие больные в стационаре могут заразить вшами и клещами других детей.

Педикулез передается при непосредственном контакте с больным, использовании одежды и белья больного. Появлению педикулеза, так же как и чесотки, способствуют нечистоплотность, большая скученность людей, нарушение санитарно-гигиенических правил, плохая организация санитарно-просветительной работы, низкий уровень культуры отдельных лиц.

Вши бывают головные, платяные, лобковые. Платяные вши живут и откладывают яйца преимущественно в складках белья. Размеры вшей 1,5—4 мм, а их яиц (гниды) — не более 0,6—1 мм. Гниды головных вшей продолговатой формы, они как бы приклеены к волосяному стержню

особой клейкой массой, причем почти всегда располагаются вблизи корней волос.

В случае обнаружения педикулеза проводится специальная дезинсекционная обработка ребенка, а при необходимости — его нательного (или постельного) белья. При обнаружении на волосистой части головы вшей или гнид больного, не раздевая, усаживают на кушетку и обрабатывают волосы одним из инсектицидных растворов или состригают их. В настоящее время используют 20 % водно-мыльную суспензию бензил бензоата (10—30 мл); лосьон "Ниттифор" (50—60 мл); 10 % водную мыльно-керосиновую эмульсию (5—10 мл); шампуни "Гриннид", "Рид", лосьон "Чубчик".

После обработки волосистой части головы раствором мокрые волосы накрывают полиэтиленовой салфеткой и повязывают голову косынкой на 20—30 мин (при использовании лосьона "Ниттифор" экспозицию увеличивают до 40 мин). Затем моют голову горячей водой с хозяйственным мылом. После этого волосы тщательно вычесывают (на клеенку или бумагу) частым гребнем с ватой, смоченной 8 % раствором столового уксуса (механическое удаление убитых вшей и гнид), прополаскивают чистой водой. Процедуру повторяют через 7—10 дней. Состриженные волосы собирают в клеенку или бумагу и вместе с ней сжигают.

Для удаления гнид применяют подогретый до 27—30 °С столовый уксус. Ватой, смоченной уксусом, обрабатывают отдельные пряди волос, повязывают голову косынкой на 15—20 мин, после чего тщательно вычесывают волосы частым гребнем и моют голову.

Для выявления чесотки осматривают кожу кистей рук, туловища. При обнаружении чесоточных ходов проводится обязательное лечение больного, профилактическое лечение контактировавших с ним лиц, дезинсекционная обработка одежды и постельных принадлежностей во избежание повторного заражения. Это заразное заболевание, которое легко передается при прямом контакте с кожей больного либо косвенно через одежду, перчатки, постельные или туалетные принадлежности (подробнее см. главу "Уход и наблюдение за детьми с заболеваниями кожи").

Одежду и белье больного укладывают в клеенчатый мешок, орошают снаружи одним из дезинфицирующих растворов (0,5 % раствор хлорной извести) и направляют в дезинфекционную камеру для проведения камерной дез-

инсекции. Затем нательное и постельное белье кипятят, обрабатывают горячим прессом или утюгом.

Персонал отделения, проводивший санитарную обработку больного, по окончании ее должен помыться, одежду в случае необходимости сдают для обработки в дезинфекционной камере. В помещении, где проводили санитарную обработку больного ребенка, пол, скамьи и т.д. орошают 0,5 % раствором хлорофоса из расчета 100 мл на 1 м², 2—3 ч проветривают и затем производят влажную уборку помещения.

На титульном листе медицинской карты стационарного больного в этом случае ставят специальную отметку — букву "П" или пишут "Педикулез". Такой больной находится под специальным наблюдением медицинского персонала. При необходимости обработка волос производится повторно до полной ликвидации педикулеза. О каждом больном с педикулезом сообщают в центр санитарно-эпидемиологического надзора по месту жительства.

Санитарно-противоэпидемический режим в педиатрическом отделении. Сюда включаются мероприятия по выполнению санитарно-гигиенических требований и проведению дезинфекционных мероприятий. Санитарно-гигиенические нормы предусматривают выделение каждому ребенку кровати, застеленной чистым бельем, прикроватной тумбочки для хранения личных вещей. При необходимости ребенку выдают горшок, подкладное судно, предметы индивидуального ухода (поильник, кружка), одежду. В отделение больной берет с собой предметы личной гигиены.

На индивидуальные столики или тумбочки, находящиеся рядом с койками, ставят стакан; в них хранят принадлежности туалета (зубная щетка, паста, мыло, расческа) и некоторые личные вещи (бумага, карандаши, ручки, книги, игрушки). Категорически запрещается хранить в тумбочках продукты питания. Для хранения продуктов питания в буфетной или столовой должен быть холодильник.

Каждому больному не реже 1 раза в 7—10 дней (при необходимости) проводится гигиеническая ванна с полной сменой нательного и постельного белья. Ежедневно осуществляется туалет ребенка. Перед каждым приемом пищи больные обязательно моют руки. Для тяжелых и лежачих больных умывание организуют у постели.

В отделении необходимо строго соблюдать санитарный режим. Проветривать палаты следует не реже 4 раз в день, лучше в период, когда дети находятся в столовой. При проветривании помещения в другое время и при кварцевании палат детей выводят в коридор или игровую комнату. Для раннего выявления инфекционных болезней осмотр детей производят ежедневно. Тщательно осматривают кожные покровы и видимые слизистые оболочки, ведут строгий учет всех детей с повышенной температурой тела ($37,5^{\circ}\text{C}$ и выше); при необходимости проводят бактериологические и бактериоскопические исследования крови, кала.

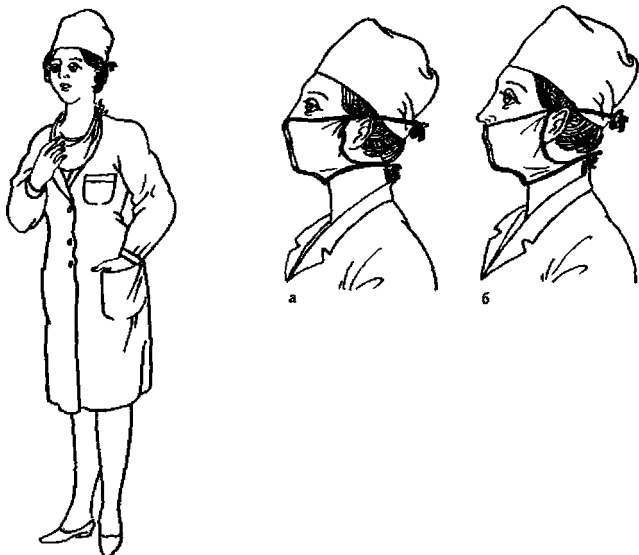
Немаловажное значение в соблюдении противоэпидемического режима в больнице имеют правильная организация питания детей, приготовления пищи, ее транспортировка и раздача.

Личная гигиена медицинского персонала. Одним из существенных факторов в соблюдении противоэпидемического режима в детской больнице является личная гигиена медицинского персонала.

К работе в детском лечебно-профилактическом учреждении допускаются только здоровые, прошедшие медицинское обследование лица.

Медицинский работник должен иметь аккуратный и опрятный внешний вид. Медицинская сестра перед дежурством принимает душ, надевает чистое белье. Руки надо мыть с мылом, а ногти коротко стричь. Одежда должна быть установленной формы (рис. 6); белый халат, надетый на платье с короткими рукавами, и шапочка (косынка), закрывающая волосы, должны быть чистыми и выглаженными. На время дежурства сестра надевает специальную обувь (тапочки), позволяющую бесшумно передвигаться. Тапочки должны легко поддаваться дезинфекции. Халат, головной убор и тапочки после окончания дежурства (смены) оставляют в специально отведенном для медицинского работника шкафчике.

В отдельных случаях обязательным для медицинских работников является ношение маски, которая должна закрывать рот и нос (рис. 7). Обязательно ношение маски для персонала отделения новорожденных, детей грудного возраста, инфекционных палат и боксов, процедурного кабинета, а также в период эпидемий. Маски обычно изготовлены из марли, сложенной в 4 слоя, так как более тонкие пропускают микроорганизмы. Длительное ноше-



ние маски снижает эффективность ее действия как фильтра для микроорганизмов. Поэтому каждые 4 ч маску надо менять. Использованные маски кладут в отдельную посуду, кипятят и проглаживают горячим утюгом. В последние годы стали использовать одноразовые стерильные маски из нетканого текстиля.

Дезинфекция. Эта система мероприятий, направленных на уничтожение возбудителей болезней и создание условий, препятствующих их распространению в окружающей среде.

Различают два вида дезинфекции: профилактическую и проводимую в эпидемическом очаге, которая в свою очередь делится на текущую и заключительную.

Профилактическую и текущую дезинфекцию в эпидемическом очаге проводят младшие медицинские сестры и медицинские сестры. Для проведения заключительной дезинфекции в эпидемическом очаге могут приглашаться сотрудники центра санитарно-эпидемиологического надзора и дезинфекционных станций.

Инвентарь для проведения дезинфекционных мероприятий (ведра, швабры, ветошь и др.) маркируется и используется только в тех помещениях, для которых предназначен.

Профилактическая дезинфекция производится в помещениях независимо от наличия инфекционных заболеваний с целью предупреждения накопления и распространения возбудителей болезней. Для обеззараживания воздуха используют ультрафиолетовые лучи, проветривание. Предметы обстановки, игрушки, пол и тд. протирают (не реже 2 раз в день) тряпкой, смоченной 0,5—1 % раствором хлорной извести или 0,2—1 % раствором хлорамина либо другими дезинфицирующими растворами.

Влажное протирание мебели производят ежедневно. Панели моют или протирают влажной тряпкой 1 раз в 3 дня. Верхние части стен, потолки, плафоны очищают от пыли 1 раз в неделю, с такой же частотой протирают оконные рамы и двери. Очень важно ежедневное влажное протирание радиаторов и труб центрального отопления, так как имеющаяся пыль может прогореть, при этом образуется оксид углерода, что является недопустимым. Мягкие вещи (ковры, портьеры, покрывала, одеяла) выколачивают и вытряхивают на открытом воздухе или чистят пылесосом.

Приводим наиболее распространенные дезинфицирующие растворы и способы их приготовления,

1. Хлорная известь (гипохлорид кальция) представляет собой белый мелкий порошок с резким запахом хлора. Хранят в сухой, защищенной от света таре. Используют в сухом виде для обеззараживания выделений больного.

Довольно часто применяется осветленный раствор хлорной извести. Растворы хлорсодержащих веществ готовят в деревянной, эмалированной, фаянсовой или защищенной от коррозии металлической посуде с закрывающейся крышкой. Обычно используют 10 % и 20 % растворы. Расчетное количество хлорной извести размешивают сначала в небольшом количестве воды до образования равномерной кашицы, затем, продолжая помешивать, доливают воду до общего объема, снова перемешивают до образования однородной взвеси и оставляют под крышкой на 24 ч. В течение первых 4 ч необходимо не менее 3 раз перемешивать смесь. Через 24 ч осторожно, не взбалтывая осадка, осветленный раствор сливают. Для дезинфекции обычно используют 0,2—1 % рабочий раствор, изготовленный из исходного осветленного раствора (на 10 л требуется 200—1000 мл исходного осветления 10 % раствора).

2. **Х л о р а м и н Б** (N-хлорбензол ьсульфонамид натрия) — белый кристаллический порошок, содержащий 25—29 % активного хлора. Для обеззараживания используют 0,2—4 % раствор хлорамина. Готовят 1 % раствор хлорамина Б, размешивая порошок в небольшом количестве горячей воды (50—60 °С), затем доводят раствор водой до нужного объема. На 10 л воды необходимо 0,1 кг хлорамина. Срок хранения готового раствора не более 5 дней.

3. **Двутретьосновная соль гипохлорида кальция (ДТСГК)** — белый сухой кристаллический порошок, содержащий от 47 до 52 % активного хлора. Готовят 5 % раствор ДТСГК, добавляя к расчетному количеству сухого вещества вначале небольшой объем воды, затем (после размешивания) доводят водой до общего объема. На 10 л воды необходимо 0,5 кг ДТСГК. Срок хранения готового раствора не более 5 дней. При работе с растворами ДТСГК следует соблюдать меры предосторожности: применять резиновые перчатки и ватно-марлевые повязки.

4. **П о л и с е п т** (полигексаметиленгуанидин гидрохлорид — полимер). Для приготовления 1 % рабочего раствора исходный 25 % концентрат разбавляют водой в 25 раз. На 1 л раствора требуется 40 мл концентрата и 960 мл воды, на 10 л — соответственно 400 и 9600 мл. Рабочие растворы можно готовить в емкостях из любого материала.

Полисепт предназначен для профилактической, текущей и заключительной дезинфекции в лечебно-профилактических учреждениях и очагах инфекционных заболеваний бактериальной этиологии (кроме туберкулеза). Обеззараживание выполняют способом протирания, погружения, замачивания. При приготовлении и работе с растворами полисепта следует пользоваться резиновыми перчатками. Лица с аллергической предрасположенностью не должны допускаться к работе с препаратом.

5. **Мыльно-содовый раствор** 1—2 % готовят, добавляя в воду соответствующее количество хозяйственного мыла и бикарбоната натрия (сода). Для приготовления 1 % раствора 0,1 кг хозяйственного мыла и 0,1 кг соды разводят в 10 л воды. Раствор готовят непосредственно перед использованием.

6. **Аламинол, виркон, гигасепт, лизе-тол и бианол** — новые средства без запаха хлора в

виде концентратов, поэтому для дезинфекции используются 0,5—2 % водные растворы этих препаратов.

К мерам профилактической дезинфекции относят также мытье рук с мылом (необходимо осуществлять систематически как персоналу, так и больным детям), кипячение воды, соблюдение санитарных правил при раздаче пищи,

Текущую дезинфекцию проводят для снижения инфицированности предметов обстановки, помещений, находящихся около источника инфекции. Обеззараживают все выделения больного и предметы, к которым прикасался больной, особенно важна текущая дезинфекция при кишечных инфекционных заболеваниях.

Существуют механические, физические и химические способы проведения дезинфекции. При механическом способе стирают белье, моют руки, удаляют пыль и грязь влажной тряпкой. К физическим способам относится кипячение, эффективность которого возрастает при добавлении в воду бикарбоната натрия (20 г на 1 л воды), хозяйственного мыла (10—20 г на 1 л воды). Применяют также водяной пар, уничтожающий не только микроорганизмы, но и споры. Химические способы дезинфекции являются наиболее распространенными и заключаются в применении различных дезинфицирующих растворов.

Заключительную дезинфекцию проводят для полной ликвидации возбудителей заболевания в боксе, палате, отделении. Дезинфекции подвергаются помещения, предметы обихода, одежда. Важнейшим методом заключительной дезинфекции помещений является их обработка из гидропульта смесью различных дезинфицирующих растворов. Заклучительной может быть и дезинфекция поверхностей предметов путем протирания или мытья их. Некоторые предметы (например, мягкая мебель, книги, обувь и др.) следует дезинфицировать в дезинфекционных камерах.

Посещение больного ребенка родителями разрешается в определенные дни и часы и по согласованию с лечащим врачом (зав. отделением). Особое внимание обращается на то, чтобы детей не посещали больные родственники. В зимнее время посетители должны иметь сменную обувь. Проводится контроль количества и качества продуктов, которые приносят детям. Это необходимо для предупреж-

дения пищевых отравлений, перекармливания и передачи неразрешенных продуктов. Проверенные медицинской сестрой продукты питания хранят в холодильнике (фрукты, овощи) или специальном шкафу (печенье, вафли и др.). Все продукты должны храниться в полиэтиленовых мешочках с обязательным указанием фамилии и имени больного.

Разрешается передавать фрукты и ягоды (за исключением клубники) — не более 0,5 кг; овощи — 1 кг; печенье, вафли, зефир — до 0,5 кг; соки и компоты промышленного изготовления в закупоренных емкостях от 0,25 до 0,8 л. Книжки и игрушки должны быть новыми.

Не разрешается передавать следующие продукты и изделия: пирожные, шоколад, консервы, молоко и молочные продукты, соленья, пряности, соки и компоты домашнего приготовления, гастрономические изделия.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Назовите основные элементы противоэпидемического режима.
2. В чем заключается личная гигиена персонала детских учреждений?
3. Как обработать волосистую часть головы при педикулезе?
4. Какие факторы способствуют педикулезу?
5. Как проводится санитарная обработка больного ребенка?
6. Какие существуют основные способы дезинфекции?
7. Какой инвентарь необходимо иметь для проведения влажной уборки помещения?
8. Как проводится текущая и заключительная дезинфекция?
9. Какие дезинфицирующие растворы используются чаще всего в детских учреждениях?
10. Какие продукты разрешается передавать больному ребенку и где их можно хранить?

Г л а в а 6

ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА РЕБЕНКА

Дети должны содержаться в чистоте, иметь опрятный вид. Персонал обязан причесывать детей, стричь ногти, при необходимости помогать одеваться. Дети дошкольно-

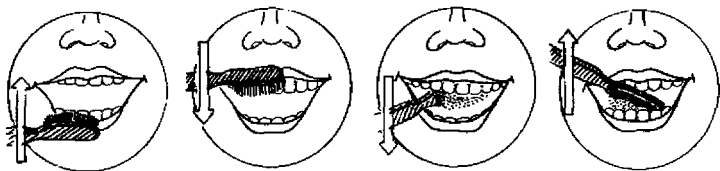


Рис. 8. Техника чистки зубов.

го возраста, находящиеся на общем режиме, должны самостоятельно ежедневно утром и вечером умываться, чистить зубы, мыть уши. После умывания необходимо вытирать лицо и руки сухим полотенцем. У некоторых детей дошкольного, а нередко и школьного возраста кожа от частого мытья и плохого вытирания краснеет, становится сухой, покрывается трещинами и ссадинами. Чтобы избежать этого, нужно научить детей правилам гигиены, в целях профилактики кожу на ночь рекомендовать смазывать детским кремом, например "Чебурашка", "Алиса" и др.

При необходимости нужно помочь ребенку правильно выбрать детскую зубную пасту и объяснить, как правильно пользоваться зубной щеткой, соблюдая определенную последовательность действий (рис. 8).

С момента прорезывания у ребенка первого зуба нужно после каждого кормления мыть, очищать зубик обычной водой. С двух лет ребенок должен чистить зубы зубной щеткой. Пасту выбирают без обильной пены, чтобы она не вызывала рвотный рефлекс. Можно пользоваться гелем. Используют детские зубные пасты (Парексил и др.). Лучше пользоваться современными зубными щетками с подвижными головкой и корпусом типа "аквафреш", "рич интердентал" и др.

Медицинские сестры должны помогать больным раннего и дошкольного возраста. Например, девочкам расчесывать длинные волосы индивидуальной расческой, ежедневно утром и вечером подмывать наружные половые органы теплой кипяченой водой в направлении спереди назад, к заднему проходу. Раз в неделю проверяют состояние ногтей, раз в 7—10 дней организуют гигиеническую ванну. В этот же день меняют постельное и нательное белье, одежду. При необходимости одежду и нательное белье меняют чаще.

Гигиеническое содержание постели. Кровать должна быть никелированной, чтобы ее легче было подвергать дезинфекции и влажной уборке. Допускается использование деревянных кроватей, но с условием, чтобы их размеры соответствовали возрасту детей. Кровать ставят в палате таким образом, чтобы к ней было удобно подойти с любой стороны, головным концом к стенке. Расстояние между соседними кроватями не должно быть менее 1,5 м. Сетка на кровати должна быть хорошо натянута, с ровной поверхностью, на нее кладут матрац и застилают его простыней, края которой подворачивают под матрац, чтобы она не сворачивалась и не собиралась в складки. Если больной принимает пищу в постели, то постель необходимо перестилать для удаления с простыни крошек, остатков пищи, для расправления складок. На подушки из пера или ваты (нижнюю) и пуха (верхнюю) надевают чистые наволочки. Одеяло должно быть байковым, поскольку оно хорошо проветривается и дезинфицируется. В летний период года больные могут пользоваться тканевыми одеялами. На тканевые и байковые одеяла надевают пододеяльники. Не следует разрешать детям сидеть на чужих кроватях, тем более нельзя это позволять посетителям. Родители должны садиться на стулья.

Определенной категории больных, например с заболеванием позвоночника, суставов, при патологической подвижности внутренних органов (например, блуждающая почка), сетку в кровати заменяют деревянным щитом, поверх которого кладут матрац.

Для тяжелобольных нужны специальные функциональные кровати, которые позволяют обеспечить требуемое положение (например, полусидячее и др.). Функциональная кровать состоит из рамы с панелями, двух спинок, двух боковых решеток, надкроватного столика и корзины. Панель кровати составлена из трех подвижных секций: головной, тазобедренной и ножной (рис. 9).

Боковые решетки у функциональной кровати съемные и могут использоваться для обеспечения безопасности детей младшего возраста или как вспомогательные устройства, с помощью которых бинтами можно фиксировать руки и ноги больного при проведении длительных внутривенных вливаний и т.д. Надкроватный столик состоит из подноса и двух ножек и устанавливается непосредственно над кроватью перед лицом больного, если послед-



Рис. 9. Функциональная кровать.

ний находится в полусидячем положении. Имеется корзина для горшка.

Возле каждой кровати ставят прикроватную тумбочку, сюда кладут предметы личной гигиены ребенка, его белье, игрушки, книги. За состоянием тумбочек личного пользования следит медицинская сестра.

Смену постельного и нательного белья производят в отделении раз в 7—10 дней после гигиенической ванны, но при необходимости белье меняют чаще. Дети старшего возраста, находящиеся в удовлетворительном состоянии, переодеваются самостоятельно, а больным младшего возраста помогают медицинские сестры или младшие медицинские сестры.

При смене нательного белья тяжелобольному, находящемуся на строгом постельном режиме, медицинская сестра захватывает края рубашки, снимает ее через голову и затем освобождает руки. Чистое белье надевают в обратном порядке. Если у больного повреждена рука, то сначала снимают рукав со здоровой руки, а затем с больной. Надевают рубашки сначала на больную, а затем на здоровую руку.

Обычно одновременно со сменой нательного белья меняют постельное белье. Если больной может сидеть, то медицинская сестра пересаживает его с кровати на стул и перестилает постель. Смену белья у лежачих больных про-

изводят двумя способами: 1) грязную простыню скатывают валиком со стороны головы и ног, а затем удаляют. Чистую простыню, скатанную с двух сторон, как бинт, подводят под крестец больного и расправляют по длине кровати; 2) больного ребенка передвигают на край постели, затем скатывают грязную простыню по длине, на свободном месте расправляют чистую, на которую перекладывают больного, а на другой стороне снимают грязную и расправляют чистую.

Грязное белье — отдельно постельное и нательное — собирают в пластмассовые баки с крышками или клеенчатые мешки и выносят из палаты в специальную комнату. Сестра-хозяйка, надев сменный халат и клеенчатый фартук, сортирует белье и передает в центральную бельевую больницы, откуда его отправляют в прачечную. После смены белья пол и окружающие предметы в палате протирают ветошью, смоченной в 1 % растворе гипохлорида кальция.

В отделении находится запас белья на сутки. Запрещается сушить белье на радиаторах центрального отопления и использовать его повторно.

Несвоевременная и неправильная смена белья, главным образом постельного, способствует возникновению пролежней.

Помощь при отпавлении естественных потребностей. Ребенку, находящемуся на строгом постельном режиме, подкладывают судно (эмалированное или резиновое) или подают мочеприемник (эмалированный или стеклянный). Больной, которому разрешено вставать, должен пользоваться горшком, который ставят под кровать. Горшок пронумерован, его номер соответствует номеру кровати. Маркировка необходима для того, чтобы ребенок пользовался только своим горшком. Судно, мочеприемник или горшок ежедневно моют горячей водой с хозяйственным мылом и затем обрабатывают 1 % раствором хлорамина или 0,5 % раствором хлорной извести. Для устранения запаха мочи посуду для отпавлений обрабатывают слабым раствором перманганата калия.

Профилактика пролежней. Уход за кожей особенно важен у детей, длительное время находящихся на строгом постельном режиме и не имеющих возможности принимать гигиенические ванны. Кожные покровы протирают полотенцем или чистой мягкой тканью (марлей), смочен-

ной одним из дезинфицирующих средств (полуспиртовым раствором, одеколоном, столовым уксусом, камфорным спиртом и др.). Один конец полотенца смачивают, слегка отжимают и протирают за ушами, шею, спину, ягодичную область, переднюю часть грудной клетки, подмышечные и паховые складки, складки на руках и ногах. Затем сухим концом полотенца вытирают кожу насухо в том же порядке.

Пролежень — некроз мягких тканей (кожи с подкожной жировой клетчаткой). Чаще пролежни возникают у ослабленных детей в области крестца, лопаток, большого вертела, локтей, пяток, где мягкие ткани сдавливаются между поверхностью постели и подлежащим костным выступом.

Образованию пролежней способствует плохой уход за кожей, неудобная постель, редкое перестилание ее, что приводит к нарушению кровообращения в коже и подлежащих тканях. Сначала появляется бледность кожи, впоследствии сменяющаяся покраснением, отеком и отслаиванием эпидермиса. Возникновение пузырей и некроза кожи свидетельствует о более выраженных местных нарушениях и явной недооценке медицинским персоналом первоначальных симптомов пролежней. В тяжелых случаях омертвлению подвергаются не только мягкие ткани, но даже надкостница и поверхностные слои костной ткани. Быстрое присоединение инфекции приводит к сепсису.

Профилактическими мероприятиями, направленными на предупреждение пролежней, являются поворачивание больного ребенка на бок (если позволяет его состояние), ежедневное неоднократное стряхивание крошек, устранение складок на нательном и постельном белье, протирание кожи дезинфицирующими растворами. Тяжелобольным, длительное время находящимся в постели, следует подкладывать резиновый (надувной) круг, обернутый пленкой.

При этом нужно следить, чтобы крестец находился в просвете круга. Если появляется гиперемия кожи, то этот участок осторожно протирают сухим полотенцем для улучшения местного кровообращения. Используют ультрафиолетовое облучение. Кожные покровы в местах мацерации обмывают холодной водой с детским мылом и протирают спиртом, а затем припудривают тальком или простой пудрой.

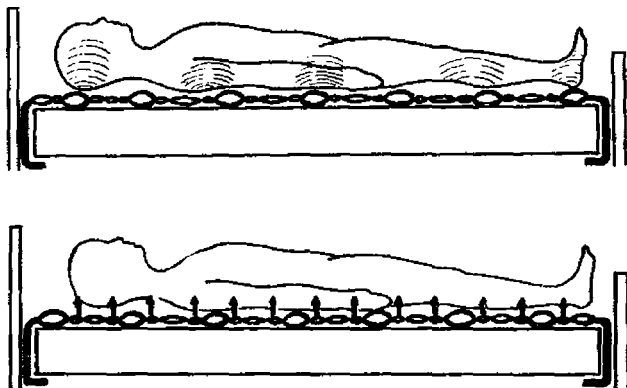


Рис. 10. Аэропад.

Пузыри обрабатывают раствором бриллиантового зеленого, затем накладывают сухую повязку. При отграничении некроза врач удаляет омертвевшие ткани, а рану закрывает стерильной салфеткой, смоченной 1 % раствором перманганата калия. В дальнейшем 2—3 раза в день медицинская сестра меняет повязку, сообщает врачу сведения о состоянии раны. По мере очищения раневой поверхности начинают применять мази для их заживления — солкосерилловую, с ируксолом, с камадолом, мазь Вишневского и др. Мази наносят на раневую поверхность тонким слоем, процедуру повторяют 2—3 раза в сутки до полного заживления.

В последнее время для профилактики пролежней, при обширных ожогах используются так называемые аэропады — надувные матрацы с гофрированной поверхностью и подачей воздуха через специальные отверстия (рис. 10).

Появление пролежней у детей — свидетельство крайне плохого ухода, низкой медицинской культуры персонала отделения, безответственного отношения к своим прямым обязанностям.

Уход за полостью рта. Утром и вечером больной ребенок должен чистить зубы щеткой, пользуясь детской зубной пастой. Желательно, чтобы дети после каждого приема пищи полоскали рот теплой водой, лучше слегка подсоленной (четверть чайной ложки поваренной соли на стакан воды) либо содовой водой (3—5 г бикарбоната натрия на стакан воды).



Рис. 1]. Туалет наружного слухового прохода.

Уход за глазами. Специального ухода за глазами не требуется. Ребенок промывает глаза во время утреннего и вечернего туалета. Однако если имеются выделения, склеивающие ресницы, глаза промывают при помощи стерильного марлевого тампона, смоченного теплым крепким чаем.

При заболеваниях глаз по предписанию врача производят закапывание капель или втирание мазей. Перед процедурой медицинская сестра тщательно моет руки с мылом и щеткой, протирает их спиртом. Пипетку для закапывания капель и лопаточку для закладывания мази перед употреблением кипятят.

Для закапывания капель в глаза в пипетку набирают лекарственное средство. Указательным пальцем слегка оттягивают нижнее веко, другой рукой из пипетки медленно выпускают одну каплю (ближе к носу). Больной при этом должен смотреть в противоположную сторону. Спустя некоторое время закапывают вторую каплю и просят ребенка закрыть глаза. После использования глазную пипетку промывают теплой водой и помещают в специальный футляр.

Глазную мазь закладывают при помощи стеклянной лопаточки. Для этого оттягивают нижнее веко и на конъюнктиву помещают мазь, глаза просят закрыть, осторожными движениями пальцев по веку растирают мазь.

Уход за ушами. Во время ежедневного утреннего туалета, когда ребенок умывается, он должен мыть и уши. При обнаружении серной пробки в наружном слуховом проходе ее удаляют. Для этого в ухо закапывают несколько капель 3 % раствора перекиси водорода или стерильного вазелинового масла, при помощи ватной турунды вращательными движениями удаляют пробку (рис. 11). При закапывании капель в левое ухо голову больного наклоняют к правому плечу. Лево́й рукой оттягивают мочку уха, правой рукой закапывают несколько капель в слуховой

проход. После этого в ухо закладывают небольшой ватный тампон на несколько минут или повязывают голову косынкой.

Уход за полостью носа. Если ребенок самостоятельно не может освобождать нос, то ему оказывает помощь медицинская сестра — удаляет образовавшиеся корочки. Для этого в носовые ходы попеременно вводят ватную турунду, смоченную вазелиновым маслом (желательно стерильным), глицерином или другим масляным раствором. При этом голову ребенка запрокидывают назад и через 2—3 мин вращательными движениями удаляют корочки. Уход за носом требует определенного навыка и терпения.

Стрижка ногтей. Для этого используют маленькие ножницы с закругленными браншами, чтобы не поранить кожу. После окончания стрижки ножницы обязательно протирают ватой, смоченной спиртом или 0,5 % раствором хлорамина.

Уход за волосами. Он заключается в мытье головы, расчесывании волос, заплетений кос и т.д. Для расчесывания волос используют только индивидуальные расчески. Причесать короткие волосы у мальчиков обычно несложно. Длинные волосы у девочек нужно разделить на отдельные пряди, расчесать каждую отдельно, при необходимости заплести косички. При наличии обильной перхоти или загрязнения волос используют густой грубень, смоченный в растворе столового уксуса. Голову моют детским мылом или шампунями.

Гигиена зрения у детей школьного возраста. У детей школьного возраста необходимо серьезное внимание уделять профилактике расстройств зрения. Следует соблюдать рекомендации для чтения и письма: 1) держать книгу необходимо ниже уровня подбородка на расстоянии не ближе 50 см; 2) не читать на солнце и ярком свете или, наоборот, при плохом освещении; 3) во время чтения надо чаще моргать, лучше в конце каждой строки; 4) проводить упражнения для тренировки глазных яблок (повороты вверх, вниз, влево и вправо, сфокусировать взгляд на любом далеко стоящем предмете и перевести глаза на близко расположенный предмет; упражнения повторять до 10—50 раз); 5) не смотреть долго и с близкого расстояния телевизор; 6) не играть с компьютером более 30 мин в день.

1. Назовите элементы утреннего туалета больного ребенка.
2. Какие требования предъявляются к устройству пост-ели и ее гигиеническому содержанию?
3. Как пользоваться функциональной кроватью?
4. Какова техника смены постельного и нательного белья у детей?
5. Из чего состоит ежедневный уход за кожей?
6. В чем заключается профилактика пролежней?
7. Как проводится лечение пролежней?
8. В чем заключаются правила ухода за ушами, глазами, полостью рта, волосами больного?
9. Как правильно положить подкладной резиновый круг?
10. Каковы правила хранения чистого и грязного белья?

Глава 7

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ В БОЛЬНИЦЕ

Во время болезни дети нуждаются в лечебном питании — диетотерапии.

Диета — рацион питания человека, предусматривающий определенные количественные и качественные соотношения пищевых веществ и продуктов, способы кулинарной обработки, а также интервалы в приеме пищи.

В организации питания детей в больнице используют два основных принципа — индивидуальный и групповой. Индивидуальную диету назначает врач, в этом случае пищу готовят специально для конкретного ребенка. При групповом принципе питания назначают ту или иную общепринятую диету из числа заранее разработанных и оказывающих определенное лечебное действие. Применяют лечебные диеты (столы) № 1—14 и общие № 15—16, разработанные в Институте питания РАМН и утвержденные Минздравом РФ. Многие диеты имеют несколько вариантов. Варианты обозначают буквами, которые добавляют к номеру основной диеты.

Диета № 1. Показания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в периоды "острой" язвы и эпите-

лизации язвы; хронический гастродуоденит в стадии обострения или неполной клинической ремиссии.

Общая характеристика: умеренное механическое и химическое щажение слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта, ограничение стимуляторов желудочной секреции и веществ, длительно задерживающихся в желудке. Прием пищи 5—6 раз, поваренной соли до 8—10 г в сутки.

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб пшеничный вчерашний, сухой бисквит. Супы на слизистом отваре с добавлением протертых вареных овощей и круп, яично-молочной смеси, сливок. Нежирные сорта рыбы, мяса и птицы, в основном рубленые, парового приготовления или отваренные в воде. Овощи в вареном и протертом виде (пюре, паровые суфле). Протертые каши (кроме пшенной) с добавлением молока или сливок, паровые пудинги, отварная вермишель. Яйца всмятку, паровые омлеты, блюда из взбитых яичных белков (снежки, меренги). Кисели, желе, муссы, протертые компоты из сладких сортов ягод, фруктовые и ягодные соки пополам с водой и сахаром, мед, варенье из сладких сортов ягод и фруктов, яблочный мармелад. Молоко цельное, сгущенное, сливки, свежая сметана, свежий нежирный творог. Чай некрепкий с молоком, отвар шиповника с сахаром. Масло сливочное и растительное (оливковое, подсолнечное).

Запрещаются капуста белокочанная, репа, редька, брюква, редис, шавель, шпинат, лук, чеснок, грибы, бобовые, пряности и кофе.

Диеты № 1а, 1б и 1 обозначают разные способы кулинарной обработки: 1а — очень строгое механическое и химическое щажение, вся пища подается в жидком и полужидком виде; 1б — строгое механическое и химическое щажение, пюреобразные блюда; 1 — умеренное механическое и химическое щажение — рубка, шинковка, разваривание, приготовление на пару.

Диета № 2. Показания: острые гастриты, хронические гастриты со сниженной желудочной секрецией, энтериты и колиты в период реконвалесценции (выздоровления) как переход к рациональному питанию, колиты в период ремиссии.

Общая характеристика: диета физиологически полноценная с исключением продуктов и блюд, являющихся нагрузочными для желудочно-кишечного тракта,

долго задерживающихся в желудке, трудно перевариваемых, но способствующая повышению желудочной секреции. Прием пищи дробный, 4—5 раз в сутки, поваренной соли до 15 г в сутки (дети старшего школьного возраста).

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб пшеничный вчерашний, 1—2 раза в неделю ограниченное количество несъедобных булочек или печеных пирогов. Супы на обезжиренном мясном и рыбном бульоне с различными крупами (кроме пшена), вермишелью, овощами. Нежирные сорта мяса и птицы, отваренные куском или рубленые, жареные в панировке и запеченные. Рыба нежирная куском или рубленая, отварная, жареная без панировки. Овощи вареные, тушеные и запеченные кусочками; в виде пюре; овощные запеканки. Рассыпчатые каши (кроме пшенной и перловой) на воде с добавлением молока. Яйца всмятку; паровые, запеченные и жареные омлеты; блюда из взбитых яичных белков. Кисели, компоты, желе, муссы из сладких сортов ягод и фруктов, в сыром виде сладкие сорта ягод и фруктов (клубника и др.), печеные яблоки, мармелад, сахар. Молоко пресное только в блюдах; кисломолочные продукты (кефир, ацидофилин); творог свежий, некислый сырой и запеченный. Зелень укропа, петрушки, корица, гвоздика, ваниль, в небольших количествах лавровый лист, душистый перец, соусы мясные, рыбные, сметанные и на овощном пюре. Чай, кофе с молоком, отвар шиповника, черной смородины. Масло сливочное и подсолнечное.

Запрещаются бобовые и грибы.

Диета № 3. Показания: хронические заболевания кишечника с преобладанием запора в периоды обострения и неполной клинической ремиссии.

Общая характеристика: увеличение в диете продуктов, богатых растительной клетчаткой, и продуктов, усиливающих моторную функцию. Прием пищи 3 раза, поваренной соли до 12—15 г в сутки (дети старшего школьного возраста).

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб пшеничный из муки грубого помола или с добавлением пшеничных отрубей, при хорошей переносимости разрешается черный хлеб (орловский, ржаной). Супы на некрепком обезжиренном мясном, рыбном бульонах, овощном отваре (преимущественно с овощами). Мясо нежирных сортов гонядина, телятина, курица и др. Нежирная рыба (треска,

карп, судак и тд.) отварная, паровая, заливная, куском, иногда в рубленном виде. Разнообразные овощи: сырые и вареные на гарнир, в виде салатов, овощных запеканок (свекла, морковь, помидоры, тыква и др.). Каши рассыпчатые (гречневая, перловая). Яйца всмятку или в виде паровых омлетов. Свежие, спелые, сладкие фрукты и ягоды сырые и в блюдах в повышенном количестве. Молоко в блюдах и к чаю. Кефир, ацидофилин, ряженка, простокваша и др. Сыр неострый. Чай, отвар шиповника, соки фруктовые сладкие (особенно сливовый, абрикосовый), овощные (томатный, морковный и др.). Масло сливочное и оливковое в блюдах.

Запрещаются овощи, богатые эфирными маслами (репа, редька, лук, чеснок, редис), а также грибы.

Диета №4. Показания: острые и хронические заболевания кишечника в период профузных поносов и выраженных диспепсических явлений, синдром мальабсорбции¹.

Общая характеристика: резкое ограничение механических и химических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта с исключением продуктов и блюд, усиливающих моторную функцию кишечника. Прием пищи 5—6 раз, поваренной соли 8—10 г в сутки (дети старшего школьного возраста).

Перечень рекомендуемых блюд: сухари из высших сортов белого хлеба, тонко нарезанные. Супы на слабом обезжиренном мясном или рыбном бульоне с добавлением слизистых отваров, паровых или сваренных в воде мясных или рыбных кнелей, фрикаделек, яичных хлопьев. Паровые или сваренные в воде мясные и рыбные котлеты, кнели, фрикадельки, суфле из отварного мяса или рыбы. Мясо нежирное в рубленном виде, вареное или паровое. Птица и рыба нежирная рубленая (вареная или паровая). Протертые каши на воде или обезжиренном мясном бульоне (рисовая, овсяная, гречневая, манная). Яиц (при хорошей переносимости) не более 1—2 штуки в виде паровых омлетов. Кисели, желе из черники, черему-

¹ От лат. malus (плохой) + абсорбция (поглощение) — нарушение всасывания в тонкой кишке, сопровождающееся обильным измененным стулом и как следствие этого гиповитаминозом, анемией и гипопротеинемией.

хи, спелых груш и других ягод и фруктов, богатых дубильными веществами. Чай натуральный, какао на воде, отвар шиповника, черники, черемухи.

З а п р е щ а ю т с я макаронные изделия, молоко, соусы, пряности, закуски, соленья, копчености, бобовые. Ограничиваются сахар и сливочное масло.

Диета № 5. Показания: хронические гепатиты, дискинезия желчевыводящих путей, желчнокаменная болезнь. Острый гепатит в период выздоровления.

Общая характеристика: максимальное щажение печени. Исключаются сильные стимуляторы секреции желудка и поджелудочной железы (экстрактивные вещества, продукты, богатые эфирными маслами), жареные блюда, содержащие продукты неполного расщепления жира (акролеины и альдегиды), тугоплавкие жиры, продукты, богатые холестерином, пуринами, щавелевой кислотой.

Повышенно содержание липотропных веществ, клетчатки, пектинов, жидкости. Прием пищи дробный (5—6 раз в сутки), поваренной соли 8—10 г в сутки (дети школьного возраста).

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб вчерашний пшеничный и ржаной, сухари, сухой бисквит. Супы на овощном отваре с различными крупами и овощами, молочные, фруктовые. Нежирные сорта мяса и птицы — отваренные, запеченные после отваривания. Рыба нежирная отварная или паровая, куском и рубленая. Овощи и зелень в сыром, отварном и печеном виде (салаты, винегреты), некислая квашеная капуста. Блюда из яичных белков (паровые и запеченные белковые омлеты, снежки, меренги). Различные сладкие сорта ягод и фруктов, свежие и сушеные, в натуральном виде и в блюдах. Сахар, мед, мармелад, зефир, ирис, варенье, пастила. Молоко пресное в натуральном виде и в блюдах, кисломолочные напитки, творог свежий, сыр. Яйца в блюдах. Чай некрепкий с молоком и без молока; фруктовые, ягодные, овощные соки, отвар шиповника. Масло сливочное и растительное (не жарить, добавлять в готовые блюда).

З а п р е щ а ю т с я репа, редька, редис, щавель, шпинат, лук, чеснок, грибы, пряности, какао.

Диета № 6. Показания: уратные (повышенное образование солей мочевой кислоты) и оксалатные (повышенное образование солей щавелевой кислоты) нефропатии.

Общая характеристика: ограничение продук-

тов, богатых пуринами, щавелевой кислотой, кальцием, ограничение белков, жиров. Увеличивают количество жидкости. Прием пищи 3—4 раза, поваренной соли до 6—8 г (дети старшего школьного возраста) в сутки.

Перечень рекомендуемых блюд: нежирная говядина, баранина, свинина, рыба. Молоко, молочные и кисломолочные продукты, яйца. Картофель, рис, макароны, блюда из круп, морковь, дыня, капуста, огурцы, лук, томаты, фрукты (виноград, слива, вишня, груша, персики, абрикосы и др.), ягоды.

Запрещаются потроха (печень, почки, легкие, мозги), мясной навар, мясо молодых животных (телятина, цыплята, поросята), чай, кофе, какао, шоколад, острые сыры, консервы, колбасы. Ограничивают зеленый горошек, бобы, чечевицу, щавель, шпинат, салат, ревень, редис, грибы.

Диета № 7. Показания: нефрит без экстрауренальных (внепочечных) проявлений и признаков декомпенсации почек.

Общая характеристика: ограничение белка и поваренной соли до 3—5 г, жидкости до 800—1000 мл; экстрактивных веществ, острых приправ; максимальная витаминизация диеты за счет введения фруктовых и овощных соков и добавления витамина С.

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб белый или из отрубей без соли, супы вегетарианские без соли с овощами и крупами. Нежирные сорта мяса, птицы, рыбы (до 30—50 г в день). Овощи в натуральном, отварном виде, винегреты, салаты (без соли). Крупы и макаронные изделия в виде каш, пудингов. Яйцо — 0,5—1 штука. Фрукты и ягоды в любом виде, мед, сахар, варенье. Молоко и кисломолочные продукты, творог. Масло сливочное и растительное.

Запрещаются бобовые, сливки, сметана.

Диеты № 7а, 7б, 7в применяются при заболеваниях почек с признаками почечной недостаточности. Это хлоридные диеты с ограничением белка и жидкости и постепенным приближением к полноценному питанию (диета № 7), обычному водному режиму.

Диета № 8. Показания: ожирение.

Общая характеристика: ограничение энергетической ценности на 20—50 % (в зависимости от степени ожирения и физической нагрузки) главным образом

за счет углеводов и жиров при увеличении количества белка. Ограничение поваренной соли и жидкости. Прием пищи — 5—6 раз.

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб ржаной вчерашний. Супы вегетарианские с овощами и крупами, мясные, рыбные. Мясо, рыба, птица (нежирная) отварным (куском). Овощи (кабачки, тыква, свекла, капуста и т.д.) с растительным маслом, гречневая каша. Молоко и кисломолочные продукты (обезжиренные). Фрукты и ягоды в сыром виде и соки из них. Чай, кофе с молоком.

Запрещаются вкусовые приправы. Ограничиваются сливочное масло, сметана, картофель.

Диета № 9. Показания: сахарный диабет. Диета с исключением водорастворимых углеводов, ограничением животных жиров. Диета способствует устранению нарушений в обмене веществ, вызванных недостаточным количеством в организме инсулина. Прием пищи 4—5 раз, поваренной соли — по возрастным нормам.

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб, ржаной, печенье на ксилите. Супы на овощном, отваре с овощами и крупами. Каши гречневая, овсяная. Картофель, кабачки, огурцы и т.д. Яиц не более 1—2 штук. Нежирные сорта мяса, рыбы и птицы. Компот на фруктозе, ксилите, соки фруктовые и овощные, фрукты и ягоды. Молоко цельное, сметана в блюдах. Масло сливочное в блюдах, подсолнечное и оливковое масло. Сладости ограничиваются до 20—50 г в сутки (сахар в виде фруктозы, ксилита, сорбита).

Запрещаются сахар в чистом виде, продукты, содержащие глюкозу. Ограничиваются бобовые, ^упдные блюда, макароны.

Диета № 10. Показания: сердечно-сосудистые заболевания с нарушением кровообращения.

Общая характеристика: умеренное ограничение белков, жиров, утл вводов в условиях режима с ограниченной подвижностью. Ограничение приема поваренной соли в 2—3 раза в жидкости.

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб серый грубого помола, сухари. Супы крупяные, молочные, вегетарианские, борщи, нежирный мясной бульон 1 раз в неделю. Нежирные сорта мяса, птицы и рыбы в отварном и запеченном виде. Овсяная и гречневая каши, пудинги,

запеканки. Белковый омлет. Овощные винегреты и салаты (кроме щавеля и грибов). Фрукты, ягоды, соки. Жиры — 50 % в виде растительных. Некрепкий чай.

З а п р е щ а ю т с я жирные блюда из мяса, рыбы, сдобное тесто, мозги, почки, печень, соленые закуски, консервы, икра. Ограничиваются крепкий чай, кофе, какао, редька, редис, чеснок, репчатый лук, бобовые.

Диета № 1 1 . П о к а з а н и я : анемия, истощение и пониженная реактивность организма, различные нагноительные процессы, туберкулез легких.

Общая характеристика: диета с повышенной энергетической ценностью, увеличением животных белков, липотропных веществ, кальция, фосфора и витаминов. Прием пищи 5 раз в день.

Перечень рекомендуемых блюд: самые разнообразные продукты. Необходимо, чтобы не менее половины белка поступало в виде животных белков (мясо, рыба, творог, молоко и яйца).

З а п р е щ а е т с я мясо птицы (утки и гуся).

Диета № 1 3 '. П о к а з а н и я : острые инфекционные заболевания, послеоперационный период (кроме полостных операций).

Общая характеристика: ограничение белков, жиров, углеводов, химических и механических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта. Пища преимущественно жидкая с ограничением растительной клетчатки, молока, закусок. Прием пищи 6—8 раз в день в зависимое[™] от состояния ребенка, малыми порциями, поваренной соли до $\frac{2}{3}$ БОЗ ~ растной нормы.

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб белый и сухари. Мясной бульон, мясное суфле. Суп-пюре из мяса на слизистом отваре. Яйца, омлет. Каши протертые. Фруктовые, ягодные соки, морсы, кисели. Масло сливочное.

З а п р е щ а ю т с я острые блюда, приправы, консервы.

Диета № 14. П о к а з а н и я : фосфатурия (повышенное выделение с мочой двузамещенных солей фосфорной кислоты).

Общая характеристика: содержание белков, жиров, углеводов в пределах физиологической нормы. В рацион включают продукты, богатые кальцием; ограни-

¹ Диета № 12 в педиатрической практике не применяется.

чивают пищевые вещества, возбуждающие нервную систему. Прием пищи 4 раза, поваренной соли — в соответствии с возрастными потребностями.

Перечень рекомендуемых блюд: мясо, рыба, хлебные и крупяные продукты.

Ограничиваются молоко и молочные продукты, овощи, острые закуски, пряности и др.

Диеты № 15 и 16. Не предназначены в качестве лечебных. Диета № 15 применяется для рационального питания детей от 3 до 15 лет, № 16 — для детей от 1 года 3 мес до 3 лет. Эти диеты обеспечивают физиологические потребности ребенка в пищевых ингредиентах при отсутствии показаний для лечебного питания.

При аллергических заболеваниях применяются элиминационные диеты, когда из рациона питания исключают самые распространенные и заведомо известные аллергены: цитрусовые, орехи, шоколад, рыбу, икру, яйца, клубнику и пр. Вариантами элиминационных диет являются безмолочная, беззлаковая (аглиадиновая) и др. В этих случаях пищу готовят индивидуально.

Число основных постоянно действующих диет зависит от профиля (специализации) и мощности (количества коек) больницы. Если необходимо ограничить количество диет, то можно использовать систему питания по Ю.К.Полтевой и соавт. (1974). Согласно этой системе, выделяют три режима питания, обозначаемых условно буквами: режим А — мясо-молочно-растительный (смешанный); режим Б — молочно-растительный-гипохлоридный; режим БА — мясо-молочно-растительный-гипохлоридный.

Каждый из режимов имеет несколько форм, отличающихся друг от друга кулинарно-технологической обработкой продуктов, химическим составом, энергетической ценностью, объемом суточного рациона. Предусмотрены различные наборы продуктов для школьного (7—14 лет), дошкольного (4—6 лет) и ясельного (1,5—3 года) возраста. Это дает возможность проводить дифференцированное питание.

Режим А включает 6 форм: А1, А2, А3, А4, А5, А6; режим Б — 5 форм: Б2, Б3, Б4, Б5, Б6; режим БА — 4 формы: БА1, БА2, БА3, БА4.

Ф о р м а 1: обычная кулинарно-технологическая

обработка продуктов, принятая в питании здоровых детей старшего школьного возраста.

Ф о р м а 2: легкое механическое щажение (рубка, шинковка, разваривание, легкая обжарка). Разрешаются овощи, фрукты, ягоды в натуральном виде. Хлеб ржаной и пшеничный.

Ф о р м а 3: умеренная степень механического и химического щажения. Применяются рубка, мелкая шинковка, разваривание до мягкости, приготовление на пару. Фрукты, ягоды подают в виде пюре и соков. Хлеб только пшеничный.

Ф о р м а 4: выраженная степень механического и химического щажения. Рекомендуются пюреобразное приготовление блюд. Фрукты и ягоды — в виде пюре и соков. Хлеб пшеничный в виде сухарей.

Ф о р м а 5 и 6: максимальное механическое и химическое щажение. Вся пища подается в жидком и полужидком виде, овощи, фрукты, ягоды — в виде соков.

Данная система питания может применяться как лечебное и как рациональное питание в соответствии с физиологическими потребностями растущего организма ребенка. Так, четыре режима А могут служить в качестве рационального питания для одной группы, разгрузочного -*- для другой и усиленного — для третьей группы детей.

Режим А форма 1 — рациональное питание для детей 10—14 лет, усиленное — для детей 7—10 лет; форма 2 — рациональное питание для детей 4—10 лет, разгрузочное — для детей старше 10 лет; форма 3 — рациональное питание для детей 1,5—3 лет, лечебное и переходное — для детей старше 3 лет; форма 4 — рациональное питание для детей 6—8 мес и лечебное — для детей старшего возраста; форма 5 — только диетическое питание.

При гемофилии в период кровотечения назначают "гематологическую" диету, которая является разновидностью форм режима А (все блюда в протертом виде). При тромбоцитопенической пурпуре, геморрагических васкулитах, аллергических реакциях назначается так называемая диета Т. Это разновидность форм режима А (с исключением экстрактивных веществ, цитрусовых, какао, рыбы).

Все формы режима Б (с ограничением соли) дают возможность проводить питание с ограничением приема животного белка за счет исключения мяса и рыбы (при

нефрите на первые 2 нед болезни, у больных с высокой температурой тела).

Все формы режима БА лечебные. При этом питании к обеду подают первые блюда из режима Б (супы вегетарианские), а вторые блюда — из режима А (мясные блюда подают 3—4 раза в неделю). В этих блюдах также может быть ограничена соль.

В больнице устанавливается 7-дневное меню по основным диетам. Руководство лечебным питанием осуществляет врач-диетолог. Совместно с медицинской сестрой по диетпитанию он уточняет ежедневно меню.

Необходимую диету больному ребенку назначает лечащий врач. Если ребенок поступает в больницу в вечернее время, то это должен сделать дежурный врач. Сестра переносит из медицинской карты стационарного больного в сестринский лист номер диеты. Против номера диеты вписывают фамилии больных и номера палат, чтобы легко было суммировать данные по каждой диете. Ежедневно до 13 ч старшая медицинская сестра отделения составляет и отправляет на пищеблок заказ на питание (порционник), в котором указывает число больных и распределение диет. На оборотной стороне порционника цифрами и прописью указывают количество дополнительных продуктов (молоко, сливки, творог, мясо и др.) и фамилии больных. Порционник подписывают заведующий и старшая медицинская сестра отделения.

Медицинская сестра по диетпитанию суммирует заказы отделений в виде сводного порционника для всех больных на следующий день. Из приемного отделения ежедневно к 9 ч поступают на пищеблок сведения о движении больных с 13 ч истекших суток, т.е. времени составления порционника. Указывается число прибывших и убывших детей, номера диет. На основе этих данных вносятся необходимые коррективы в раздаточную ведомость на выдачу пищи в отделения, которую также составляет медицинская сестра по диетпитанию.

Пищеблок. В детских больницах пищу готовят централизованно на пищеблоке, откуда для завтрака, обеда, полдника и ужина ее получают буфетчицы в строго определенные часы. Для транспортировки и хранения пищи используют термосы, чистую посуду с крышками, обязательно маркированную ("Для первых блюд", "Для вторых

блюд", "Гарнир", "Молоко" и т.д.); посуду помещают на специальные передвижные столики-тележки.

Большого внимания со стороны медицинских работников требуют контроль за соблюдением правил кулинарной обработки продуктов, проведение мероприятий по профилактике пищевых отравлений. Медицинские работники присутствуют при закладке основных продуктов в котел и проверяют их выход. Ежедневно в холодильнике оставляют суточную пробу готовых блюд для возможного эпидемиологического контроля. Периодически проводится подсчет соответствия пищевых рационов физиологическим потребностям детей. Контроль за санитарным состоянием пищеблока заключается в ежедневной проверке качества уборки кухни и всех подсобных помещений, соблюдением правил мытья посуды, использования соответствующих моющих средств, своевременной сменой специальной для работы на кухне одежды персоналом пищеблока. Проводится ежедневный осмотр работников пищеблока на наличие гнойничковых заболеваний кожи.

Работникам пищеблока запрещается застегивать санитарную одежду булавками, иголками, хранить в карманах посторонние предметы (деньги, ключи, сигареты), носить бусы, броши, кольца, клипсы и др.

Б у ф е т - р а з д а т о ч н а я . В каждом отделении имеется буфет-раздаточная, а в отделениях для детей старшего возраста и столовая.

В буфете пищу, доставленную из пищеблока, при необходимости подогревают, делят на порции и раздают. Раздача должна быть закончена не позднее 2 ч после изготовления пищи, включая и время ее доставки.

Раздают пищу буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения. Раздачу пищи проводят в специальных халатах.

Технический персонал, занятый уборкой палат и других помещений, к раздаче пищи не допускается.

Буфетчицы обязаны соблюдать правила личной гигиены. Перед посещением туалета халат снимают, после посещения туалета руки обрабатывают в течение 2 мин раствором "Дезоксан-1" или 0,2 % раствором хлорамина.

Контролирует порядок и соблюдение правил работы буфета-раздаточной старшая медицинская сестра отделения.

Помещения буфетных должны быть обеспечены холод-

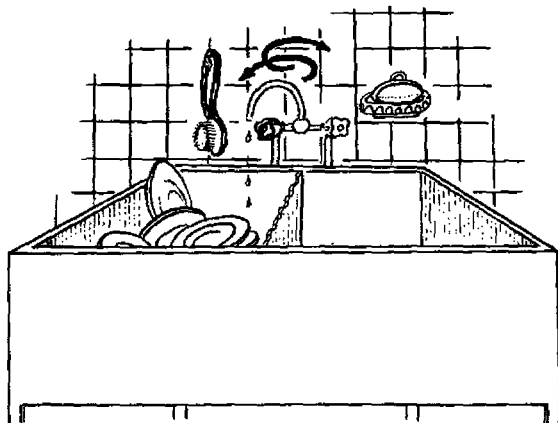


Рис. 12. Двухсекционные моечные ванны.

ной и горячей проточной водой, электрокипятильниками непрерывного действия: комбайнами для мойки посуды и двухсекционными моечными ваннами для грязной и чистой посуды (рис. 12); сетками для ополаскивания и сушки посуды; электроплитой для подогрева пищи; шкафами для хранения столовой посуды и приборов, продуктов (хлеб, соль, сахар); столом с гигиеническим покрытием для раздачи пищи; комплектом посуды из расчета одна глубокая, мелкая и десертная тарелки, вилка, ложки — столовая и чайная, кружка на одного больного (в детских отделениях с запасом); баком для замачивания или кипячения посуды; сушожаровым шкафом для сушки посуды; моющими и дезинфицирующими средствами; уборочным инвентарем (ведра, ветошь, щетки и тд.) с маркировкой "Для буфетной".

Дети старшего возраста, которым разрешается ходить, принимают пищу в столовой за столом, сервированным на 4 человека. За стол обычно сажают детей одного возраста, получающих одинаковые диеты. Стулья пластиковые или с легко моющейся обивкой. На окнах в летнее время должны быть сетки от мух, так как они являются переносчиками многих инфекционных заболеваний.

Раздача пищи проводится в определенное время: завтрак с 9.00 до 9.30; обед с 13.00 до 13.30; полдник с 16.00 до 16.30; ужин с 18.30 до 19.00. Температура горячих блюд

не должна превышать 60 °С, а холодных — 10 °С. Разовая порция Должна соответствовать возрасту ребенка.

Перед приемом пищи заканчивают все лечебные процедуры. Дети должны посетить туалет и вымыть руки с мылом. Медицинская сестра участвует в кормлении детей в столовой: следит за правильной сервировкой стола, внешним видом блюд. Необходимо, чтобы вид пищи пробуждал аппетит. Детям старше 3 лет разрешается пользоваться столовыми приборами. Во время еды медицинский персонал должен наблюдать, чтобы дети ели опрятно, не торопились, не мешали друг другу. Если ребенок не ест, то следует выяснить причину отказа от пищи, убедить его в необходимости приема пищи, проследить, чтобы ребенок в первую очередь съел более полноценную белковую часть блюда; насильственное кормление не допускается. В столовой надо соблюдать тишину и порядок.

Медицинская сестра строго контролирует, чтобы те дети, которые по каким-либо причинам опоздали к обеду, мог/ли поесть. Для них необходимо сохранять еду, подогревать ее перед подачей на стол.

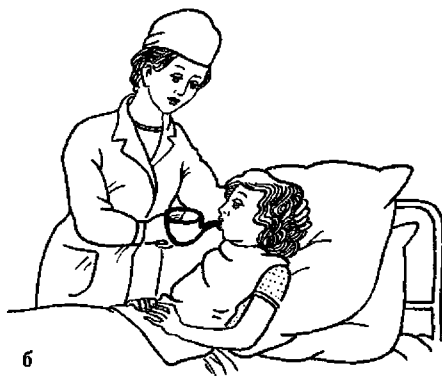
После каждой раздачи пищи буфетчица или младшая медицинская сестра производят тщательную уборку помещений буфета и столовой с применением дезинфицирующих средств.

Уборочный материал (тряпки, ветошь) после мытья полов заливают 1 % раствором хлорамина (или 0,5 % осветленным раствором хлорной извести) на 60 мин в вёд^Ь для уборки, затем прополаскивают в проточной воде и сушат. Следят, чтобы инвентарь использовался строго по назначению.

1Формд.е;ние т я ж е л о б о л ь н ы х . Дети, находящиеся На костельном режиме, принимают пищу в палате. Если ребенок может сидеть, то после мытья рук он самостоятельно ест за прикроватным столиком. Если больному трудно Самостоятельно сидеть в кровати, то следует придать ему полусидячее положение, приподнять подголовник функциональной кровати или подложить под спину несколько подушек. Шею и грудь покрывают фартуком или клеенной. Удобное положение создается следующим образбм: ЫШвой рукой немного приподнимают голову ребенка', правой подносят ложку с едой или специальный ййойльник"ч(рис. 13), так как ребенок может аспирировать (вдохнутьУ пищу.



а



б

Рис. 13. Кормление тяжелобольного,
а — из ложки; б — из поильника.

Количество съеденной ребенком пищи медицинская сестра отмечает в истории болезни.

Мойка посуды, хранение пищи. Строгое соблюдение санитарно-гигиенических требований к условиям хранения пищевых продуктов и готовых блюд играет решающую роль в профилактике пищевых отравлений. В буфете можно хранить хлеб в специальных мешках (не более суток), сахар, чай.

Ввиду особых технологических требований к приготовлению лечебного питания (измельчение, протирание) диетического блюда являются особо благоприятной средой для развития патогенных микроорганизмов. В связи с

этим следует уделить внимание времени реализации готовых блюд.

Категорически запрещается сохранять в буфете остатки пищи, а также смешивать их со свежими блюдами и использовать для питания детей продукты, оставшиеся от предыдущего приема пищи.

В буфете хранят столовую посуду. После каждого кормления детей ее подвергают обеззараживанию. Мытье посуды проводят с учетом назначения и степени загрязнения. Сначала моют кружки и чайные ложки, а затем тарелки. Сушат и дезинфицируют посуду в сухожаровом шкафу при температуре 130 °С в течение 30 мин. В помещении буфета-раздаточной на видном месте вывешивают инструкцию по технике мытья и дезинфекции посуды.

Мочалки (ветошь) для мытья посуды по окончании мойки замачивают в 1 % растворе хлорамина или в 0,5 % осветленном растворе хлорной извести на 60 мин или кипятят в течение 15 мин, затем сушат и хранят в специально отведенных местах.

Чистая посуда содержится в специально выделенном шкафу.

Нельзя допускать, чтобы медицинский персонал пользовался посудой, предназначенной для больных детей.

Отходы пищи собирают в специальные маркированные баки с крышками. Из отделения они должны быть вывезены в тот же день.

Передачи больным. Питание детей в больнице рассчитано на обеспечение потребностей в основных пищевых ингредиентах, однако дети нуждаются дополнительно в получении витаминов. Для этого в больницах организуется прием передач от родителей и родственников. Обычно это фрукты и сладости. Передачи оказывают также важное психологическое воздействие.

Выдача передач производится после основного приема пищи 2 раза в день; днем в 11 ч и в полдник. Предварительно вымытые овощи, фрукты и ягоды, а также другие продукты раздают на тарелках каждому ребенку индивидуально.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Назовите системы питания детей, принимаемые в больнице.
2. Дайте общую характеристику диеты № I и приведите примеры используемых блюд.

3. Определите показания к назначению диеты Мс 3 и перечислите продукты, запрещенные к использованию.
4. Для каких больных назначена диета № 7?
5. Какие продукты запрещены детям, страдающим сахарным диабетом?
6. Что такое порционник? Каковы правила его заполнения?
7. Как организуется раздача пищи детям?
8. В чем заключаются обязанности медицинского персонала при кормлении детей в столовой?
9. Какие продукты разрешено хранить в буфете-раздаточной?
10. Какие санитарно-гигиенические правила должны соблюдать работники пищеблока и буфета-раздаточной?
11. Как проводятся мойка и дезинфекция посуды?
12. Какие требования предъявляются к хранению посуды в больнице?
13. Как организуется питание тяжелобольных?
14. Как пользоваться поильником при кормлении тяжело-больного?

Глава 8

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ДЕТЬМИ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Дети первого года жизни особенно, нуждаются в тщательном соблюдении режима дня. Наиболее важно следить за временем бодрствования, сна, частотой и временем кормления больного ребенка. Основные элементы режима дня детей различного возраста представлены на рис. 14.

У новорожденных и детей грудного возраста все патологические процессы в организме протекают чрезвычайно бурно. Поэтому важно своевременно отмечать все изменения в состоянии больного, точно их фиксировать и вовремя ставить в известность врача для принятия неотложных мер. Роль медицинской сестры в выхаживании больного ребенка грудного возраста трудно переоценить.

Основой ухода является соблюдение строжайшей чистоты, а для новорожденного ребенка и стерильности (асептика). Уход за детьми грудного возраста проводится средним медицинским персоналом при обязательном кон-

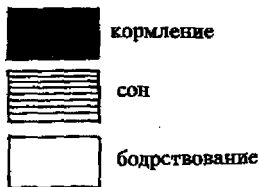
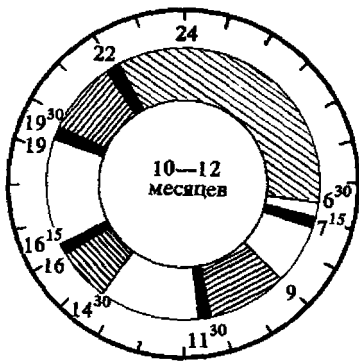
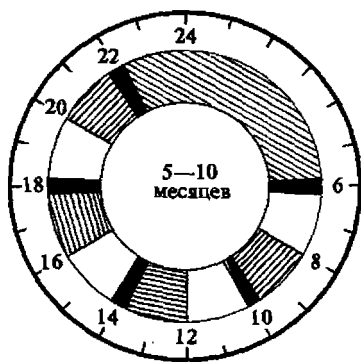
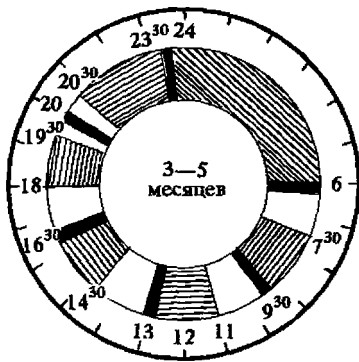
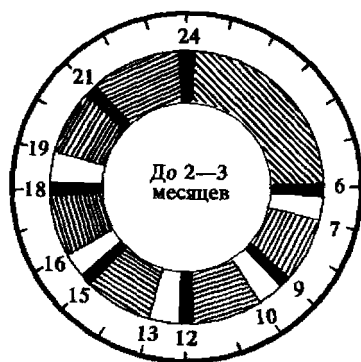


Рис. 14. Основные элементы режима дня ребенка грудного возраста.

троле и участии врача. К работе с детьми не допускаются лица с инфекционными заболеваниями и гнойными процессами, недомоганием или повышенной температурой тела. Медицинским работникам отделения грудных детей не разрешается носить шерстяные вещи, бижутерию, кольца, пользоваться духами, яркой косметикой и пр.

Медицинский персонал отделения, где находятся дети грудного возраста, должен носить одноразовые или белые, тщательно выглаженные халаты (при выходе из отделения заменяют их другими), шапочки, четырехслойные марки-

рованные маски и сменную обувь. Обязательно строгое соблюдение личной гигиены.

При поступлении в детскую палату новорожденного врач или медицинская сестра сверяет паспортные данные "браслета" (на руку ребенку в родильном блоке повязывают "браслет", на котором указываются фамилия, имя и ОТЧЕЖО матери, масса тела, пол, дата и час рождения) и "медальона" (те же записи на медальоне, надетом поверх одеяла) с записями в истории его развития и отмечается, кроме того, время приема больного.

Для новорожденных детей и детей первых дней жизни с желтухой принципиально важным является контроль за уровнем билирубина крови, значительный прирост которого требует серьезных мер, в частности организации заменного переливания крови. Билирубин в крови определяют обычно традиционным химическим методом. В настоящее время используют также "Билitest", позволяющий с помощью фотометрии, одним прикосновением к коже получить оперативную информацию об уровне гипербилирубинемии (повышении уровня билирубина в крови).

Уход за кожей и слизистыми оболочками. Уход осуществляется с учетом состояния ребёнка. Он не должен причинять неприятных ощущений.

Моют новорожденных детей с детским мылом под теплой температурой 36.5—37 °C) проточной водой, насухо вытирают кожу пеленкой, легкими промокательными движениями! Тампоном, смоченным растительным маслом, опрастывают складки, удаляя избытки сыровидной смазки. Для профилактики опрелостей кожу ягодиц, подмышечных областей, складки бедер смазывают 5 % таниновой мазью. Ежедневно, кроме туалета кожи, обрабатывают 70 % этиловым спиртом и прижигают 5 % раствором калия перманганата пуповинный остаток. После отпадения пуповины (4—5-е сутки) пупочную ранку прижигают 3 % раствором пероксида водорода, затем 70 % этиловым спиртом и прижигают 5% раствором калия перманганата или карандашом ляписа.

Утренний туалет новорожденного заключается в обмывании лица теплой кипяченой водой, промывании глаз смоченным кипяченой водой стерильным ватным тампоном. Каждый глаз промывают отдельным тампоном в направлении от наружного угла к переносице, затем сушат

чистыми салфетками. В течение дня глаза промывают по мере надобности.

Носовые ходы ребенка приходится очищать довольно часто. Используют ватные жгутики, приготовленные из стерильной ваты. Жгутик смазывают стерильным вазелиновым или растительным маслом и вращательными движениями осторожно продвигают в глубь носовых ходов на 1,0—1,5 см; правый и левый носовые ходы очищают отдельными жгутиками. Не следует слишком долго проводить эту манипуляцию.

Категорически запрещается использовать плотные предметы, например палочки (спички) с накрученной ватой и т.п.

Туалет наружных слуховых проходов производят редко, их протирают сухими, ватными жгутиками.

Полость рта "здоровым" детям не протирают, — так как слизистые оболочки легко травмируются.

Ногти новорожденному ребенку и ребенку грудного возраста нужно обрезать. Удобнее пользоваться ножницами с закругленными браншами или щипчиками для ногтей.

По окончании периода новорожденности (3—4 нед) ребенка умывают утром и вечером, а также по мере необходимости. Лицо, шею, ушные раковины (но не слуховой проход), руки ребенка обмывают теплой кипяченой водой или протирают ватой, смоченной водой, затем обтирают насухо. В возрасте 1—2 мес эту процедуру проводят не менее двух раз в день. С 4—5 мес можно умывать ребенка водопроводной водой комнатной температуры.

После мочеиспускания и дефекации ребенка подмывают, соблюдая определенные правила. Девочек подмывают спереди назад, чтобы избежать загрязнения и инфицирования мочеполовых путей. Подмывание производят рукой, на которую направляют струю теплой воды (37—38 °С). При сильном загрязнении используют нейтральное мыло ("Детское", "Тик-так" и др.).

Недопустимо подмывать детей непроточной водой, например в тазике.

После подмывания ребенка кладут на пеленальный стол и чистой пеленкой промокают кожу. Затем складки кожи смазывают стерильным ватным тампоном, смоченным стерильным растительным (подсолнечным, персиковым) или вазелиновым маслом. Для этой цели можно использовать также детский крем, специальные болтушки,



Рис. 15. Купание ребенка грудного возраста,
а — положение при купании; б — обливание после купания.

косметические масла типа "Алиса", "Бэби Джонсон-и-Джонсон" и др.

Купание. Цервую гигиеническую ванну проводят новорожденному после отпадения пуповины и эпителизации пупочной ранки (7—10-й день жизни). В течение первых 6 мес купают ежедневно, во втором полугодии — через день. Для купания необходимы ванночка (лучше эмалированная), детское мыло, мягкая губка, водяной термометр, кувшин для ополаскивания ребенка теплой водой, пеленка, простыня.

В^щючку предварительно моют горячей водой с мылом и щеткой, затем обрабатывают 0,5 % раствором хлорамина (если купание проводится в детском учреждении) и ополаскивают горячей водой.

Для детей первого полугодия температура воды в ванне должна быть 36,5—37 °С, для детей второго полугодия — 36—36,5 °С. Продолжительность ванны на первом году жизни не более 5—10 мин. Одной рукой осторожно поддерживают голову и спину ребенка, другой намыливают шею, туловище и ягодицы; особенно тщательно промывают складки в области шеи, в локтевых, паховых областях, за ушами, под коленками, между ягодицами (рис. 15, а). На заключительном этапе купания ребенка вынимают из ванны, поворачивают спинкой кверху и обливают чистой водой (рис. 15, б). Ребенка быстро завертывают в пеленку и обсушивают промокательными движениями, после чего,

обработав кожные складки стерильным вазелиновым маслом, одевают и укладывают в кроватку.

Мыло при купании используют не чаще 2 раз в неделю, лучше "Детское". У некоторых детей ежедневное купание, особенно в жесткой воде, может вызвать раздражение кожи. В этих условиях рекомендуется ванна с добавлением крахмала: 100—150 г крахмала разводят теплой водой и выливают полученную взвесь в ванну.

Детей первого полугодия купают в положении лежа, второго полугодия — сидя.

Иногда после частого мытья с мылом волосы становятся сухими. В подобных случаях после купания их смазывают прокипяченным растительным маслом или смесью, состоящей из $1/3$ касторового масла и $2/3$ вазелинового (или прокипяченного подсолнечного) масла. После обработки волосы протирают сухим ватным тампоном.

Правила пеленания и одежда детей первого года жизни. Доношенного новорожденного первые 2—3 нед лучше пеленать с руками, а в последующем при соответствующей температуре воздуха в палате руки кладут поверх одеяла. Учитывая, что тугое пеленание стесняет движения, новорожденного одевают в специальную одежду: сначала надевают две распашонки с длинными рукавами (одну легкую, вторую фланелевую), затем заворачивают в пеленку. В таком виде ребенка помещают в конверт из хлопчатобумажной ткани. Обычно в конверт кладут мягкое байковое одеяло, а, если необходимо, второе байковое одеяло кладут поверх конверта.

п_е^iiaHНаjrigwjHЗВОflflT перед каждым кормлением, а детей с опрелостями или заболеваниями кожи"—чаще

Пеленальный стол и клеенчатый матрац после пеленания каждого ребенка тщательно протирают 0,5—1 % раствором хлорамина. На пеленальном столе пеленают детей без гнойных проявлений; при необходимости изоляции ребенка все манипуляции (в том числе пеленание) производят в кровати.

При условии ежедневной стирки и кипячении белья для детей первых месяцев жизни предусматривается определенный комплект белья, который представлен ниже.

Тонкую распашонку запахивают на спине, а теплую — на груди ребенка. Рукава у теплой распашонки длиннее рук, зашивать их не следует. Нижний край распашонки должен прикрывать пупок.

Комплект белья для детей первых месяцев жизни

<i>Вид одежды</i>	<i>Количество на один день</i>
Распашонка из белой хлопчатобумажной ткани	6—8
» » фланели	5—6
Пеленка тонкая из хлопчатобумажной ткани размером 100х100 см	20—24
Пеленка теплая из фланели размером 100х100 см	8—15
Подгузник из марли размером 50х50 см	20—24
Памперсы	10—20
Косынка тонкая на голову	2—3
Пододеяльник	2—3
Одеяло байковое	2
» шерстяное	1
» ватное	1
Клеенка детская размером 100х100 см	1
» » » 30х30 см	1

При пеленании ребенка кладут таким образом, чтобы верхний край пеленки доходил до подмышек. Подгузник помещают на промежность, после чего ребенка заворачивают в тонкую пелёнку. Подкладывают полиэтиленовую пеленку (клеенку) размером 30х30 см (верхний край на уровне поясицы, нижний — до уровня колен). Затем ребенка заворачивают в теплую пеленку. При необходимости ребенка накрывают сверху одеялом.

С 1—2-месячного возраста на время дневного "бодрствования" пеленки заменяют ползунками, с 2—3-месячного возраста начинают использовать памперсы (обычно на прогулках), которые меняют каждые 3 ч, а в 3—4 мес, когда начинается обильное слюнотечение, поверх распашонки надевают надгрудничек.

Косынку или шапочку из хлопчатобумажной ткани надевают на голову лишь после ванны и на время прогулки.

В 9—10 мес распашонки заменяют рубашкой, а ползунки — колготками (зимой с носками или пинетками). На рис. 16 представлена основная одежда детей первого года жизни.

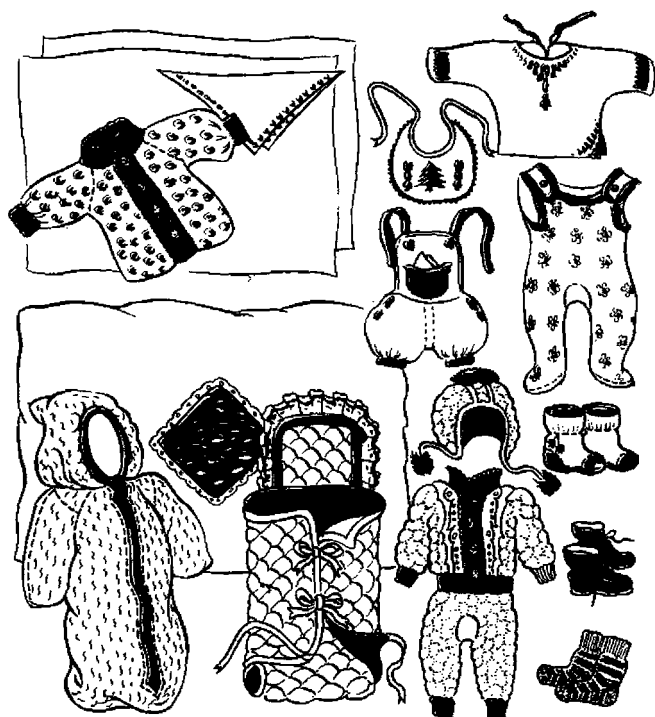
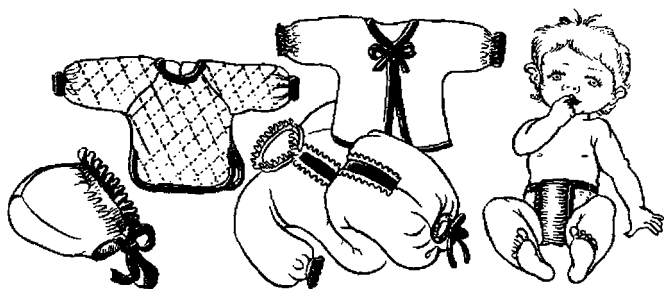


Рис. 16. Одежда детей первого года жизни.

Кормление детей первого года жизни. Различают три вида вскармливания: естественное (грудное), смешанное и искусственное.

Естественным (грудным) называется вскармливание ребенка молоком матери. Женское молоко является уникальным и единственно сбалансированным для новорожденного ребенка продуктом питания. Никакие молочные смеси, даже приближенные по составу к женскому молоку, его заменить не могут. Долг и обязанность любого медицинского работника, будь то врач или медицинская сестра, постоянно подчеркивать преимущества женского молока, прилагать все усилия к тому, чтобы каждая мать кормила ребенка грудью как можно продолжительное время.

Материнское молоко содержит в оптимальных соотношениях белки, жиры, углеводы, макро- и микроэлементы. С первыми каплями молока (в первые 5—7 дней после рождения ребенка — это молозиво) новорожденный получает комплекс специфических и неспецифических защитных компонентов. Так, в частности, иммуноглобулины (Ig) классов А, М, G обеспечивают передачу от матери ребенку факторов пассивного иммунитета. Уровень этих иммуноглобулинов особенно высок в молозиве.

Вот почему раннее прикладывание ребенка к груди матери (некоторые авторы рекомендуют в настоящее время осуществлять прикладывание даже в родильном зале) улучшает лактацию матери и обеспечивает передачу новорожденному от нескольких (5—8) до десятков (20—30) грамм полноценного в иммунологическом отношении белка. Например, IgA в молозиве содержится от 2 до 19 г/л, IgG — от 0,2 до 3,5 г/л, IgM — от 0,5 до 1,5 г/л. В зрелом молоке уровень иммуноглобулинов снижается, составляя в среднем 1 г/л, что тем не менее обеспечивает естественную защиту от различных патогенных микроорганизмов.

Большое значение придается раннему прикладыванию ребенка к груди, в этом случае у новорожденного лучше и быстрее формируется микрофлора кишечника. Само по себе вскармливание приводит к выработке так называемого динамического пищевого стереотипа, обеспечивающего взаимодействие организма ребенка с внешней средой. Немаловажно, что естественное вскармливание позволяет новорожденному лучше перенести состояния, свойственные этому периоду жизни. Они называются переходными или пограничными — это транзиторная потеря первоначальной массы тела, гипертермия и т.п.



Рис. 17. Кормление ребенка грудью в положении сидя.

С момента первого прикладывания ребенка к груди матери между ними постепенно устанавливаются особые взаимоотношения, по существу начинается процесс воспитания новорожденного.

При кормлении ребенка грудью необходимо соблюдать определенные правила.

1. Перед кормлением мать должна чисто вымытыми руками осторожно обмыть грудь кипяченой водой.

2. Сцедить несколько капель молока, с которыми удаляются бактерии из конечных отделов выводящих железистых протоков.

3. Принять удобное положение для кормления: сидя, поставив

левую ногу на скамеечку, если кормит из левой груди, и правую ногу — при кормлении из правой груди (рис. 17).

4. Необходимо, чтобы при сосании ребенок захватывал ртом не только сосок, но и околососковый кружок. Нос ребенка должен быть свободен, чтобы правильно дышать. Если затруднено носовое дыхание, то перед кормлением носовые ходы прочищают ватным жгутиком, смоченным вазелиновым маслом, или с помощью электроотсоса.

5. Продолжительность кормления не должна превышать 20 мин. В течение этого времени не следует давать ребенку засыпать.

6. Если после кормления у матери остается молоко, то его остатки сцеживают в стерильную посуду (в бутылочку с воронкой или стакан). Наиболее эффективный способ — отсасывание молока вакуумным аппаратом. При его отсутствии используют резиновую накладку, молокоотсос с резиновым баллончиком. К началу кормления молокоотсосы должны быть простерилизованы.

При отсутствии молокоотсоса молоко сцеживают руками. Предварительно мать моет руки с мылом, насухо их вытирает. Большой и указательный палец кладут на внешнюю границу околососкового кружка, сильно и ритмично сжимают пальцы. Сосок трогать не следует.

7. В целях профилактики образования трещин и маце-

рации сосков грудь по окончании кормления необходимо обмыть теплой водой и осушить чистой, тонкой полотняной пеленкой.

При грудном вскармливании ребенок сам регулирует количество необходимой ему пищи. Тем не менее, чтобы знать точное количество полученного им молока, необходимо систематически проводить так называемое контрольное кормление. Для этого ребенка как обычно пеленают перед кормлением, затем взвешивают (в пеленках), кормят, повторно взвешивают в той же одежде, не меняя пеленок. По разнице в массе судят о количестве высосанного молока. Контрольное кормление обязательно при недостаточной прибавке ребенка в массе и при заболевании.

Если ребенок высосал недостаточное количество молока, а также если он болен или болеет мать, то его кормят или докармливают сцеженным женским молоком. Хранить сцеженное молоко необходимо в холодильнике при температуре не выше 4 °С. В течение 3—6 ч после сцеживания и в случае правильного его хранения оно может быть использовано после подогрева до температуры 36—37 °С. При хранении в течение 6—12 ч молоко можно использовать только после пастеризации, а после 24 ч хранения его необходимо стерилизовать. Для этого бутылочку с молоком ставят в кастрюлю, натирают теплую воду несколько выше уровня молока в бутылочке; далее при пастеризации воду нагревают до температуры 65—75 °С и бутылочку с молоком выдерживают в ней в течение 30 мин, при стерилизации воду доводят до кипения и кипятят в течение 3—5 мин.

Бутылочки со сцеженным молоком хранят на сестринском посту в холодильнике вместе с молочными смесями. Каждая бутылочка должна иметь этикетку, на которой написано, что в ней содержится (грудное молоко, кефир и т.д.), дата приготовления, а на бутылочке со сцеженным молоком — час сцеживания и фамилия матери.

Необоснованное введение частичного питания через бутылочку (другой пищи и питья) нужно запрещать, поскольку это может отрицательно сказаться на грудном вскармливании. Кроме того, кормящие матери должны знать, что возвращение к грудному вскармливанию очень сложно.

Чрезвычайно трудная и ответственная задача — вскармливание недоношенных детей. Недоношенные дети, у ко-

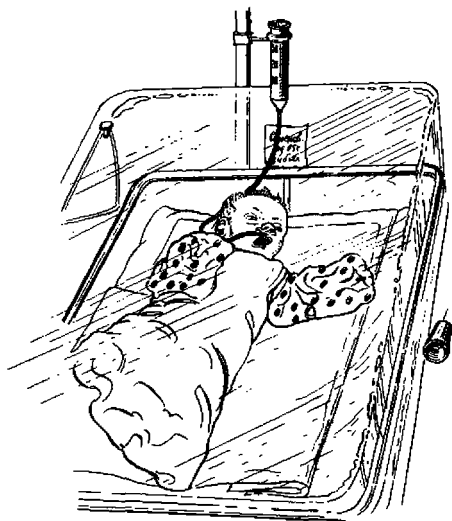


Рис. 18. Кормление недоношенного ребенка через зонд.

торых отсутствует глотательный рефлекс или отмечается остановка дыхания во время кормления, получают кормление через зонд (рис. 18). Кормление с помощью одноразового зонда осуществляется, когда он вводится в желудок ребенка только для одного кормления, и постоянного, если зонд оставляют в желудке на 2—3 дня. Постоянный зонд в отличие от одноразового меньше в диаметре, поэтому его можно вводить через носовые ходы, хотя введение зонда через рот считается более физиологичным, так как при этом не нарушается внешнее дыхание.

С м е ш а н н ы м называется вскармливание, при котором ребенок наряду с грудным молоком дополнительно получает искусственные молочные смеси.

И с к у с с т в е н н ы м называется вскармливание ребенка на первом году жизни искусственными молочными смесями.

Для гигиенически безупречного кормления грудных детей используется специальная посуда: бутылочки из чистейшего и термоустойчивого стекла, соски из каучука и сел икона и быстрые стерилизаторы для них (рис. 19).

Кормление ребенка молочной смесью при смешанном и искусственном вскармливании преимущественно осу-

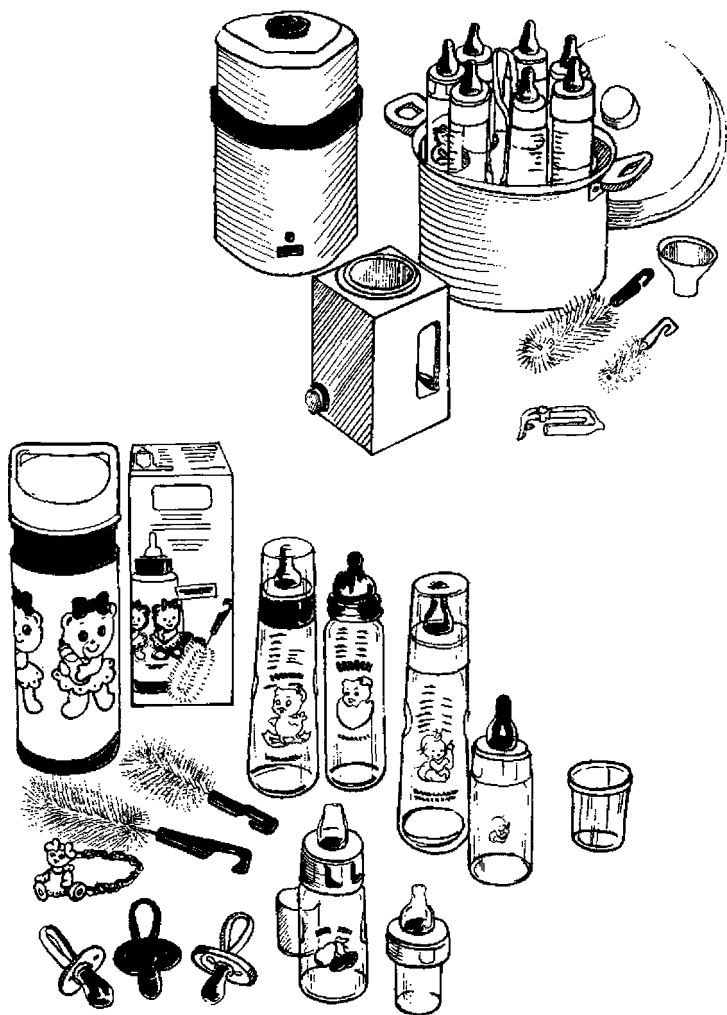


Рис. 19. Бутылочки для детского питания, соски, пустышки, термосы и стерилизаторы для бутылочек, щеточки для мытья бутылочек.

ществляется через соску из бутылочки. Используют градуированные бутылочки вместимостью 200—250 мл (цена деления 10 мл). На бутылочку надевают соску с дырочкой. Дырочку в соске прокалывают иглой, прокаленной над

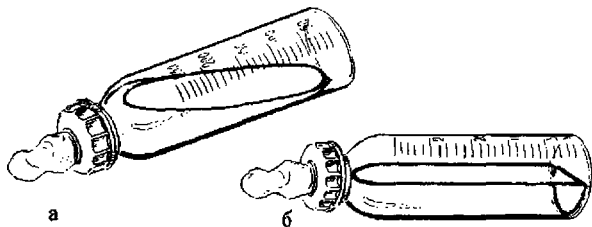


Рис. 20. Правильное (а) и неправильное (б) положение бутылочки при искусственном вскармливании.

пламенем. Отверстие в соске должно быть небольшим, чтобы при перевертывании бутылочки молоко вытекало каплями, а не лилось струей. Смесь или молоко следует давать ребенку подогретыми до температуры $37-40^{\circ}\text{C}$. Для этого перед кормлением бутылочку помещают в водяную баню на 5—7 мин. Водяная баня (кастрюля) должна иметь маркировку "Для подогрева молока". Каждый раз необходимо проверять, достаточно ли смесь согрелась, не слишком ли горячая.

При кормлении детей адаптированными (приблизженными по своему составу к материнскому молоку) молочными смесями типа "Детолакт", "Малютка", "Бона" последовательность подготовительных операций несколько иная. В простерилизованную бутылочку наливают кипяченую воду, мерной ложкой добавляют сухую молочную смесь и бутылочку встряхивают. Затем на бутылочку надевают чистую соску. После кормления бутылочку моют содой при помощи ерша.

При кормлении бутылочку надо держать так, чтобы горлышко ее все время было заполнено молоком, иначе ребенок будет заглатывать воздух, что часто приводит к срыгиванию и рвоте (рис. 20).

Ребенка держат на руках в таком же положении, как при кормлении грудью, либо в положении на боку с подложенной под голову небольшой подушечкой.

Во время кормления нельзя отходить от ребенка, нужно поддерживать бутылочку, следить за тем, как ребенок сосет. Нельзя кормить спящего ребенка. После кормления нужно тщательно обсушить кожу вокруг рта ребенка, малыша осторожно приподнять и перевести в вертикальное положение для удаления заглоченного при



Рис. 21. Кормление "в подоле".

кормлении воздуха. Маме обычно рекомендуют использовать положение "кормление в подоле" (рис. 21). Предлагаемая поза предотвращает нарушение моторики желудочно-кишечного тракта, исключают возможность искривления позвоночника, а для родителей подобный способ представляет целый ряд удобств.

Для лучшего усвоения пищи необходимо соблюдать установленные часы кормлений. Если общее состояние не нарушено и аппетит сохранен, то режим питания больных может быть такой же, как здоровых детей того же возраста (детей до 2 мес кормят 6—7 раз, до 5 мес — 6 раз, с 5 мес до 1—1,5 лет — 5 раз). При тяжелом состоянии ребенка, плохом аппетите кормят более часто (через 2—3 ч) и порциями меньшего объема.

Больных детей иногда очень сложно накормить не только потому, что у них плохой аппетит, но и из-за наличия привычек, приобретенных в домашней обстановке. Требуется большое терпение, так как даже кратковременный отказ от еды слабых и истощенных детей может неблагоприятно отразиться на течении болезни. В стационарах все смеси для детей первого года жизни получают на пищеблоке. Сухие смеси в буфете превращают в готовые к употреблению непосредственно перед кормлением ребенка. Вид смеси, ее объем и частоту кормления для каждого ребенка устанавливает врач.

В необходимых случаях для замены грудного молока

используют адаптированные сладкие молочные смеси, например "Малыш", "НАН", "Нутрилон", "Фрисолак", "Импресс", "Пиллти" и др., а также адаптированные кисломолочные смеси, такие как "АГУ", ацидофильная "Малютка", "Лактофидус" и др. Существуют также детские лечебные смеси, которые назначают новорожденным с низкой массой тела при рождении ("Алпрем", "Гумана-0"), при непереносимости молочного сахара (А1—110, "Нутри-Соя"), поливалентной аллергии к белкам коровьего молока, сои, тяжелой диарее ("Алфаре", "Прособи", "Портатен", "Симилак-Изомил").

При искусственном вскармливании объем высосанной молочной смеси определяют по градуированной шкале бутылочки. Количество высосанного молока из груди матери или смеси из бутылочки отмечают после каждого кормления в индивидуальном сестринском листе, заполняемом на каждого ребенка грудного возраста.

Уже на первом году жизни, начиная с 4—5-го месяца, ребенка постепенно приучают к новым видам пищи (прикорм). При введении прикорма следует соблюдать определенные правила. Прикорм дают перед кормлением грудью или смесями, причем с ложечки. К блюдам прикорма относятся каши, овощные пюре, мясные гаше (фарш, фрикадельки), желток, бульон, творог и тд. Так как с 6 мес ребенок начинает сидеть, его следует кормить за специальным столом или посадив на колени взрослого. При кормлении ребенку на ирудь подвязывают клеенчатый фартук или просто пеленку.

На первом году жизни, особенно в отделениях для детей грудного возраста, для кормления должна использоваться стерильная посуда.

Правила стерилизации сосок и бутылочек. Грязные соски тщательно моют сначала в проточной воде, а потом теплой водой с содой (0,5 чайной ложки питьевой соды на стакан воды), при этом их вывертывают наизнанку. Затем соски кипятят в течение 10—15 мин. Стерилизация сосок проводится раз в день, обычно в ночное время. Проводит ее палатная медицинская сестра. Чистые резиновые соски сохраняют сухими в закрытой (стеклянной или эмалированной) посуде с маркировкой "Чистые соски". Чистые соски достают стерильным пинцетом, а затем чисто вымытыми руками надевают на бу-

тылочку. Использованные соски собирают в посуду с маркировкой "Грязные соски".

Стерилизация бутылок производится в буфетной. Сначала бутылки обезжиривают в горячей воде с горчицей (50 г сухой горчицы на 10 л воды), затем моют с помощью ерша, промывают проточной водой снаружи и изнутри (используют устройство в виде фонтанчиков для ополаскивания бутылок) и ополаскивают. Чистые бутылки горлышком вниз помещают в металлические сетки, а когда стекут остатки воды, бутылочки в сетках ставят в сухожаровой шкаф на 50—60 мин (температура в шкафу 120—150 °С).

Бутылочки можно стерилизовать кипячением. Для этого их помещают в специальную посуду (бак, кастрюлю), заливают теплой водой и кипятят 10 мин.

Хранят стерильные бутылочки с горловинами, закрытыми стерильными ватно-марлевыми тампонами, в отдельно выделенных для этого шкафах.

Наблюдение за стулом и его регистрация. У новорожденных первородный кал (меконий), представляющий собой густую вязкую массу темного цвета, отходит к концу первых суток жизни. На 2—3-й сутки появляется так называемый переходный стул, имеющий кашицеобразную консистенцию, темноватого цвета, а затем устанавливается нормальный стул желтого цвета с кислым запахом (грудной стул). Частота стула у новорожденных — 2—6 раз в сутки, у более старших детей — 2—4 раза в сутки.

Характер и частота стула зависят от вида вскармливания. При грудном вскармливании стул бывает 3—4 раза в сутки, желтого цвета, кашицеобразный, с кислым запахом. При искусственном вскармливании стул наблюдается реже, 1—2 раза в сутки, более плотный, оформленный, светло-зеленый, иногда серовато-глинистый, по консистенции напоминает замазку, с резким запахом.

Жидкий стул может быть при расстройствах пищеварения; цвет кала меняется, появляются патологические примеси в виде слизи, зелени, крови и т.д.

Медицинская сестра должна уметь определять характер стула, так как по его виду можно выявить начальные признаки заболевания. Следует докладывать о патологических изменениях стула врачу (лучше показывать испражнения). В сестринском листе обязательно отмечают, сколько раз стул, а специальным условным знаком — его характер: кашицеобразный (нормальный), разжиженный

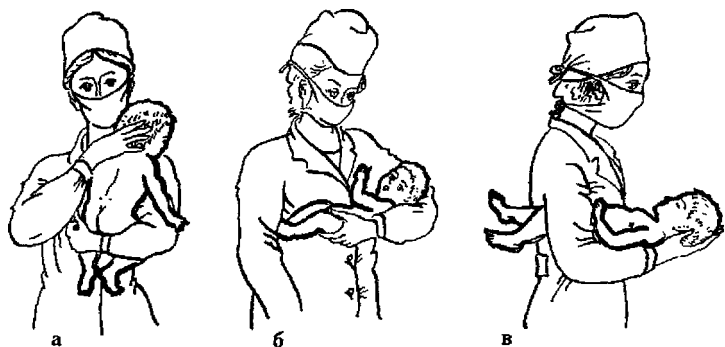


Рис. 22. Способы переноски ребенка грудного возраста.
Объяснение в тексте.

стул, примесь слизи в стуле, примесь зелени в стуле, кровь в стуле, оформленный стул.

Профилактика деформаций скелета. Деформации скелета возникают, если ребенок длительно лежит в кроватке в одном положении, при тугом пеленании, если мягкая постель, высокая подушка, при неправильной позе ребенка на руках.

С целью предупреждения деформаций скелета на кроватку кладут плотный матрас, набитый ватой или конским волосом. Для детей первых месяцев жизни подушку лучше класть под матрас: это предохраняет от чрезмерного сгибания головки, а также предупреждает срыгивание.

Ребенка в кроватке необходимо укладывать в разных положениях, периодически брать на руки.

, При пеленании необходимо следить, чтобы пеленки и распашонки свободно облегали грудную клетку. Тугое пеленание и стягивание грудной клетки могут привести к деформации последней и нарушению аэрации легких.

Учитывая слабость мышечно-связочного аппарата, нельзя сажать детей до 5-месячного возраста. Если ребенка берут на руки, то предплечьем левой руки надо поддерживать ягодицы, а другой рукой — головку и спину.

Транспортировка детей грудного возраста. Транспортировка детей грудного возраста обычно не представляет трудностей. Детей обычно переносят на руках (рис.22, а). Необходимо использовать наиболее физиологическое и удобное положение. Такое положение можно создать, ис-

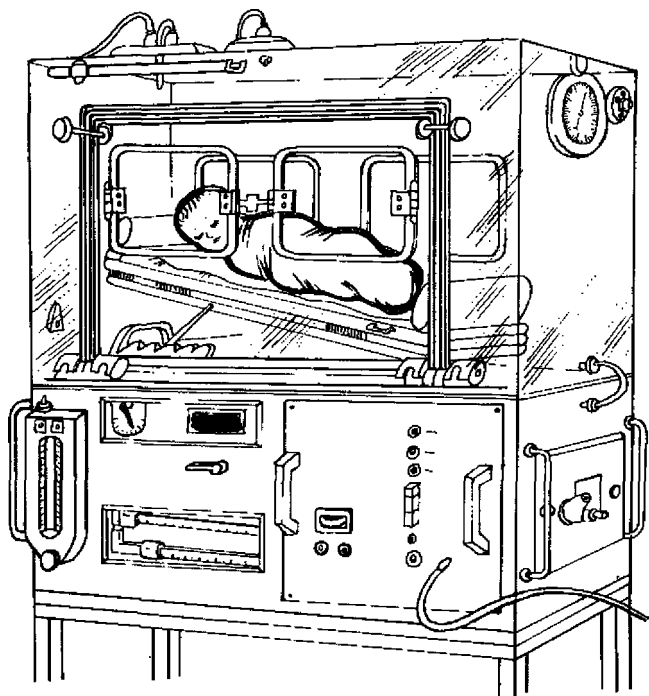


Рис. 23. Кувез закрытого типа.

пользуя для переноски ребенка только одну руку, вторую оставлять свободной для выполнения различных манипуляций (рис. 22, б, в).

Правила пользования кувезом. Для выхаживания ослабленных новорожденных, недоношенных детей и детей с малой массой тела используют кувезы. Кувез — специальный медицинский инкубатор, в котором поддерживаются постоянная температура, влажность и необходимое насыщение воздуха кислородом. Специальные приспособления позволяют организовать необходимый уход за ребенком, проводить разнообразные манипуляции вплоть до взвешивания, не вынимая ребенка из кувеза (рис. 23). Верхняя часть кувеза сделана из органического стекла или пластмассы, прозрачная, что позволяет следить за состоянием и поведением ребенка. На передней стенке колпака укреплены термометр и гигрометр, по показаниям которых можно судить о температуре и влажности воздуха внутри кувеза.

Перед использованием кувез должен быть хорошо проветрен и продезинфицирован. Согласно инструкции по эксплуатации, рекомендуется проводить дезинфекцию кувеза формалином. Для этого под колпак кладут кусок ваты, смоченной 40 % раствором формалина, и включают кувез на 6—8 ч, после чего вату удаляют и инкубатор оставляют включенным при закрытом колпаке еще 5—6 ч. Кроме того, внутренние стенки колпака, ложе для ребенка и подкладной матрац тщательно протирают 0,5 % раствором хлорамина.

Включение кувеза проводится в следующей последовательности: сначала заполняют водой водоиспарительную систему, затем подключают к сети, далее плавным вращением регулятора температуры и влажности подбирают необходимый микроклимат.

Ребенок в кувезе находится обнаженным. Поддерживается постоянная температура 34—37 °С и относительная влажность воздуха 85—95 %. В кувез подается кислород в смеси с атмосферным воздухом, причем концентрация кислорода не превышает 30 %. Специальная система тревоги оповещает звуковым сигналом о нарушении параметров.

Сроки пребывания в кувезе определяются общим состоянием ребенка. Если новорожденный находится в нем более 3—4 дней, то значительно возрастает микробная обсемененность. По существующим правилам в таком случае следует переложить ребенка в другой инкубатор, вымытый и проветренный.

Выхаживание недоношенных детей в кувезе в течение 3—4 нед в значительной степени повышает эффективность лечебных мероприятий, снижает риск возникновения различных осложнений.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какие лица не допускаются к уходу за детьми грудного возраста?
2. В чем заключается уход за кожей и слизистыми оболочками у новорожденного и ребенка грудного возраста?
3. Как проводится гигиеническая ванна?
4. Что входит в комплект одежды детей первых месяцев жизни и второго полугодия?
5. Назовите [Травила кормления ребенка грудью.

6. Как осуществляется кошроль высосанного молока при грудном вскармливании?
7. Какие требования предъявляются к хранению и употреблению сцеженного грудного молока?
8. В чем заключаются особенности кормления ребенка из бутылочки с соской?
9. Как проводится стерилизация детских сосок и бутылочек?
10. Как регистрируют стул у детей грудного возраста?
11. Как предупредить развитие деформаций скелета у детей грудного возраста?
12. Как подготовить кувез к работе?

Г л а в а 9

ОСНОВЫ ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Медицинский персонал принимает самое активное участие в процессе воспитания детей. Нельзя лечить детей или ухаживать за ними, исключив воспитательные приемы. Правильный уход не только обеспечивает крепкое здоровье, но и способствует правильному физическому и психическому развитию ребенка. Проведение воспитательной работы требует определенного опыта общения с детьми и знакомства с основными принципами воспитания и обучения. Объем и задачи воспитательной работы во многом определяются местом нахождения ребенка, т.е. условиями стационара, дома ребенка, яслей-сада и т.д. В любом случае необходимо обеспечить эстетическое оформление помещений, участка для прогулок, манежей, достаточный набор игрушек и книг. При этом нужно учитывать возраст и состояние здоровья детей, особенности воспитания детей в домашних условиях, в школе и др.

Элементы воспитания. Воспитание — это целенаправленное руководство развитием ребенка, подготовкой его к жизни и труду в обществе. Деятельность взрослых направлена на комплексное физическое, умственное, нравственное и эстетическое развитие ребенка. При воспитании детей до 3 лет больший удельный вес занимают средства для физического развития, а для детей более старшего возраста приоритет отдается методам умственного воспитания.

Физическое воспитание — целостная система мероприятий, направленная на своевременное формирование у детей правильных двигательных навыков и умений, укрепление здоровья, полноценное и своевременное физическое развитие. Для развития физических навыков и умений используют различные методы, исключая гимнастику, массаж, закаливание и др.

Нравственное воспитание — формирование отношений индивида к обществу. Нравственность (мораль) — совокупность принципов и норм поведения, характерных для людей данного общества.

Эстетическое воспитание — воспитание эстетических чувств, эстетического отношения к действительности, любви ко всему прекрасному в природе, жизни, искусстве. Средствами эстетического воспитания служат художественная литература, рисование, пение, музыка.

Умственное воспитание — формирование у детей правильных представлений о явлениях природы и жизни, развитие умственных способностей (внимание, воображение, мышление, речь, память). Умственное воспитание предполагает также выработку умения самостоятельно приобретать знания и применять их на практике. В развитии умственной деятельности важную роль играют постоянный контакт ребенка со взрослыми, а также другими детьми. Ребенок должен слышать обращенную к нему речь, иначе трудно ожидать больших успехов в овладении родным языком. При необходимости для развития речи с ребенком должен проводить занятия логопед¹.

Благоприятный микроклимат в семье — обязательное условие воспитания здорового ребенка. Равномерное распределение нагрузок между отцом и матерью по уходу и воспитанию ребенка укрепляет семью, вносит новые оттенки во взаимоотношения взрослых. Среди идеалов современного человека как обязательное условие должны быть умеренность в приеме алкоголя, полный отказ от курения, использования "крепких" словечек, культ спорта.

При выборе средства воспитания исходят из возраста детей. Во время дежурств в стационаре (доме ребенка,

¹ Логопедия (от греч. logos — слово, речь, paideia — воспитание, обучение) — отрасль педагогики, тесно связанная с медициной, изучающая речевые расстройства и разрабатывающая методы их коррекции и профилактики.

детском саду) медицинские работники (воспитатели, штатные педагоги, студенты медицинского института) существенное внимание уделяют организации различного рода занятий, игр, воспитательным беседам с детьми. Для каждого возраста существует свой набор игрушек, игр-занятий. Так, примерный перечень игр-занятий для детей в возрасте 10—12 мес может быть следующим: показ сюжетных игрушек (собаки, кошки и др.), игры-занятия с мячом, кубиками для развития движений, игры-развлечения типа "прятки", "ладушки", показ заводных игрушек. Для детей в возрасте от 1 года до 2 лет проводятся занятия с картинками, "строительным" материалом в целях развития речи и координации движений, даются задания различить предметы по их величине, форме. С детьми от 2 до 3 лет Можно проводить беседы, читать им книги, формировать у них первичные числовые представления и т.д. Следует организовывать игры на внимание, развитие мелкой моторики пальцев рук, умение различать предметы и игрушки не только по величине и форме, но и цвету. Для детей от 3 до 5 лет рекомендуются игры для обучения элементарному счету, занятия рисованием, лепкой, аппликацией, музыкой, гимнастикой или физкультурой, подвижные и настольные игры.

Следует помнить, что для детей дошкольного возраста игра является своеобразной формой общественной жизни. Жизненный опыт ребенка, особенно раннего возраста, еще невелик и поэтому в играх дети отражают то, что они умеют и чему их научили взрослые. Элементы игры нужны и для развития гигиенических навыков. Их нужно использовать во время кормления, туалета, перед сном. Игра должна также быть основой познавательной деятельности. Именно в игре ребенок с увлечением самостоятельно рисует, лепит из пластилина, вырезает и клеит аппликации, конструирует, делает игрушки-самоделки, поет песенки, рассказывает и придумывает сказки. Необходимо помнить, что "духовная жизнь ребенка полноценна лишь тогда, когда он живет в мире игры, сказки, музыки, фантазии, творчества. Без этого он — засушенный цветок" (В.А.Сухомлинский).

Воспитание — сложный, многосторонний процесс. Однако при проведении коллективной и индивидуальной воспитательной работы с детьми следует учитывать несколько основополагающих педагогических концепций:

при изложении материала простое должно предшествовать сложному, легкое — трудному, конкретные сведения о предметах и событиях опережать их абстрактную символику.

Рациональное распределение элементов воспитания по времени направлено на предупреждение срывов нервной системы ребенка. Нужно стремиться строго соблюдать режим дня. Необходимо вызывать у детей положительные эмоции, стимулировать у них желание помогать старшим и своим товарищам, выполнять каждое задание до его логического завершения, развивать у ребенка самостоятельность.

Режим дня. Основой воспитательной работы в детском коллективе является режим дня, т.е. правильное распределение по времени и определенная последовательность активной деятельности, сна, приемов пищи и т.д. Педиатрами совместно с педагогами и гигиенистами разработаны стандартизированные режимы дня для различных лечебно-профилактических и детских учреждений в зависимости от специфики их работы и возраста детей.

В детском учреждении, включая лечебные, детей распределяют по возрастным группам, учитывая особенности суточного режима. Чем меньше ребенок и энергичнее он растет, тем чаще меняют режим. Например, в группе детей грудного возраста режим меняют за год 4 раза, в средней группе — 2 раза (табл. 4).

Т а б л и ц а 4. Режим дня детей в возрасте от 1 мес до 7 лет

Возраст	Ночной сон, ч	Дневной сон, ч	Бодрствование, ч	Число кормлений
1 мес	21	—	3	6 - 7
3 »	11	8	4	6 - 7
6 »	11	6	7	5 - 6
9 »	11	5	8	5
1 год	11		8 7/2	4 - 5
1,5 года	И	3 7/2	9 1/2	4
2 »	11	3	10	4
3 »	11	2 1/2	10 1/2	4
4--6 лет	11	2	12	4
7 »	10	1 1/2	12 1/2	4

Режим для больных и физически ослабленных детей должен отличаться от режима для здоровых детей того же возраста. Поэтому у физически ослабленных детей сокращается длительность периода бодрствования и увеличивается время для отдыха и сна.

В отделении больницы за выполнением режима следит медицинская сестра. Отдельным больным по назначению врача в режим могут включать щадящие элементы.

Навыки личной гигиены. Серьезная роль в правильном воспитании ребенка отводится навыкам личной гигиены. Опрятность и чистоплотность необходимо вырабатывать у детей с первых дней жизни. Этим целям служат ежедневное умывание, купание детей, смена белья; с 5—6-месячного возраста необходимо приучать ребенка проситься на горшок. Внимание детей более старшего возраста следует обращать на грязные руки, лицо, нос и стараться вызывать к этому отрицательное отношение. В период с 1,5 до 2 лет ребенка следует научить самостоятельно пользоваться носовым платком.

На 3-м году жизни необходимо приучать ребенка мыть руки перед едой, причем по собственному почину, утром и вечером умываться, вытираться только своим полотенцем, салфеткой. Если ребенок воспитывается в коллективе, то личные вещи должны иметь маркировку: рисунки с изображением фруктов, овощей и т.д. В 1,5 года ребенок должен уметь полоскать рот и чистить зубы. Вначале в течение 2—3 мес зубы чистят лишь влажной зубной щеткой, а затем зубной пастой. Чистят зубы утром и вечером перед сном.

Оборудование детских учреждений. Мебель и игрушки подбирают с учетом возраста детей. В групповой комнате детского дома (ясли-сад) должно быть следующее оборудование: манеж, горка-манеж (для детей старше 10 мес), столы, стулья, диван; высокие столы для кормления, полки, шкафы для игрушек, пособий, белья; туалетные столы (пеленальники), барьер для детей. В спальне и на веранде должны быть поставлены кровати по числу детей. В раздевальне необходимо иметь индивидуальные шкафчики для каждого ребенка, низкие вешалки для полотенец, низкие раковины и т.д.

Чтобы ребенок чувствовал себя комфортно, начиная с первых дней и первых лет жизни используются специальные детские кровати, сиденья, стулья (стульчики), мане-



Рис. 24. Оборудование детских комнат,
а — мебель для детей; б — коляски для детей.



Рис. 24. Продолжение.

жи, ходунки, ночные горшки, весы (рис. 24, а). Для прогулок используются коляски и прогулочные коляски, удобные для любого времени года (рис. 24, б).

В зависимости от возраста детей на манеж, пеленальники выставляются игрушки. Разнообразие создается не столько количеством игрушек, сколько наличием как простых, так и более сложных игрушек. В домах ребенка оборудуются специальные игровые комнаты — модели кухни (рис. 25), гостиной, спальни с наборами мебели, игрушек для выработки навыков семейной жизни, имитации "домашних" ситуаций.

Набор игрушек для детей первого года жизни: погремушка с ручкой, шар, резиновая игрушка, неваляшка, мяч, кастрюлька с крышкой, коробочка, миска полиэтиленовая с мелкой игрушкой, пирамида, пенал с палочками.

Набор игрушек для детей 2—3 лет: мозаика, пирамида, матрешка, грибок (раскладной), бочонок с "мелочью".

Помимо игрушек, можно использовать наборы картинок для организации игр, в которых дети должны назвать предметы, изображенные на рисунке, действия, выполняемые персонажем на картинке, цвет одежды, форму предметов и т.д. Необходимо также иметь детские книги, конструкторы, альбомы для рисования, наборы для детского творчества.

В детских учреждениях оборудуют также музыкальную комнату и гимнастический зал, где 1—2 раза в неделю проводят занятия с детьми.

Одежда. Для правильного развития физических навыв-

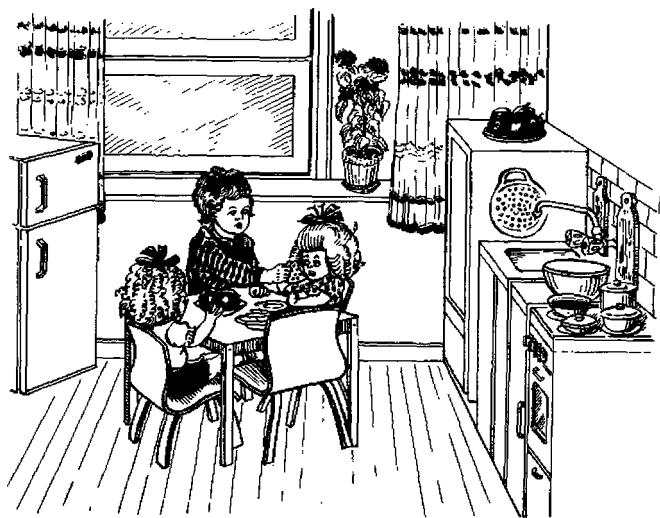


Рис. 25. Игровая комната-кухня для детей.

ков необходимо следить за одеждой детей, которая не должна стеснять движений, соответствовать возрасту, сезону.

Массаж и гимнастика. Среди средств, используемых для физического развития детей, большое место занимают массаж и гимнастика. Массаж для детей первых месяцев жизни необходим прежде всего для развития психики ребенка, так как первые речевые реакции (гуление) возникают в ответ на тактильные раздражители — поглаживание, в то время как словесные обращения взрослых ответных речевых реакций со стороны ребенка не вызывают. Поглаживание, растирание и разминание усиливают тормозные процессы, т.е. действуют на ребенка успокаивающе; вибрация (похлопывание) усиливает возбуждающие процессы.

М а с с а ж . Детям первых месяцев жизни делают преимущественно два вида массажа — поглаживание и растирание (в положении ребенка на спине, животе). **П о г л а ж и в а н и е** (рис. 26, а) — это легкие скользящие движения ладонями или тыльной стороной кисти по поверхности кожи. **Р а с т и р а н и е** (рис. 26, б) — это более интенсивное сдавление пальцев рук, чем поглаживание.

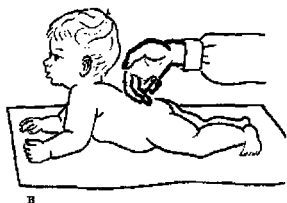
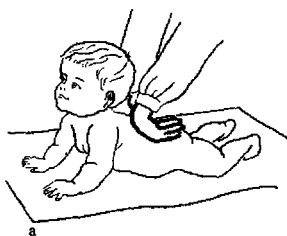


Рис. 26. Элементы массажа.
Объяснение в тексте.

Детям более старшего возраста массаж делают пятью способами: поглаживание, растирание, разминание, поколачивание и вибрация. **Р а з м и н а н и е** — воздействие приемами массажа на кожу, мышцы, сухожилия, суставы. **П о к о л а ч и в а н и е** (рис. 26, в) производят тыльной стороной одного пальца, затем двумя и большим количеством пальцев. **В и б р а ц и ю**, получаемую аппаратами-вибраторами, применяют для детей с ожирением. Она действует рефлекторно на внутренние органы, усиливает обмен веществ глубоко расположенных тканей.

При проведении массажа необходимо помнить, что глубокое поглаживание (растирание, разминание, поколачивание и вибрация) следует проводить продольно ходу лимфатических сосудов, как правило, от периферии к центру, т.е. по направлению к ближайшим лимфатическим узлам (рис. 27).

З а н я т и я г и м н а с т и к о й. С ребенком раннего возраста гимнастикой занимается взрослый. У детей до 4—6 мес все упражнения связаны с пассивными движениями, в дальнейшем в комплекс упражнений включают активные движения. У детей грудного возраста гимнастические упражнения сочетают с элементами массажа.

Начинают с легких упражнений, постепенно переходя к более сложным. Чередуют движения рук, ног и тулови-

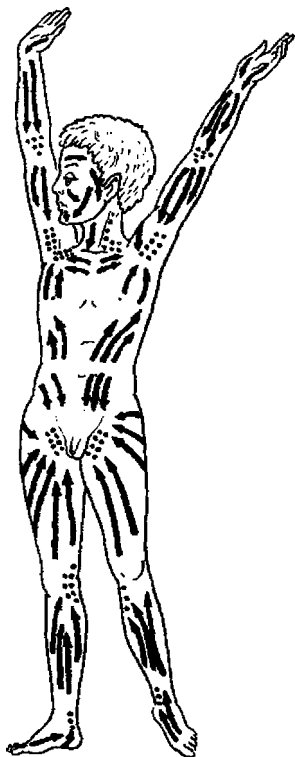


Рис. 27. Направления массажных движений (схема).

ща, чтобы распределить нагрузку на все группы мышц. Нельзя допускать никакого насилия. Можно использовать следующие примерные комплексы упражнений для детей от 1 до 12 мес (рис.28).

Комплекс для детей от 1 до 3 мес: разгибание позвоночника (а), ползание на животе (б), положение "пловца" (в).

Комплекс для детей от 3 до 4 мес: положение "пловца" (в), "бокс" (г), скрещивание рук на груди (д), поворот со спины на живот (е).

Комплекс для детей от 4 до 6 мес: "бокс" (г), скрещивание рук на груди (д), поворот со спины на живот (е), сгибание и разгибание ног (ж), присаживание из положения лежа на спине (з).

Комплекс для детей от 6 до 9 мес: поворот со спины на живот (е), присаживание из положения лежа на спине (з), круговые движения руками (и), вставание из положения лежа на животе (к).

Комплекс для детей от 9 до 12 мес: присаживание из положения лежа на спине (з), круговые движения руками (и), вставание из положения лежа на животе (к), приседание (л), ходьба за каталкой (м).

С детьми 1—2 лет для физического воспитания проводят гимнастические занятия, подвижные игры, а с 2—2,5 лет — также утреннюю гимнастику. Продолжительность занятий физкультурой для детей до 2 лет составляет 10—15 мин, а для детей до 3 лет—15—20 мин. При объяснении гимнастических заданий следует помнить, что слово для детей младшего возраста является слабым раздражителем и командами заставить ребенка заниматься нельзя. Поэтому необходимо, чтобы ребенок любое гим-

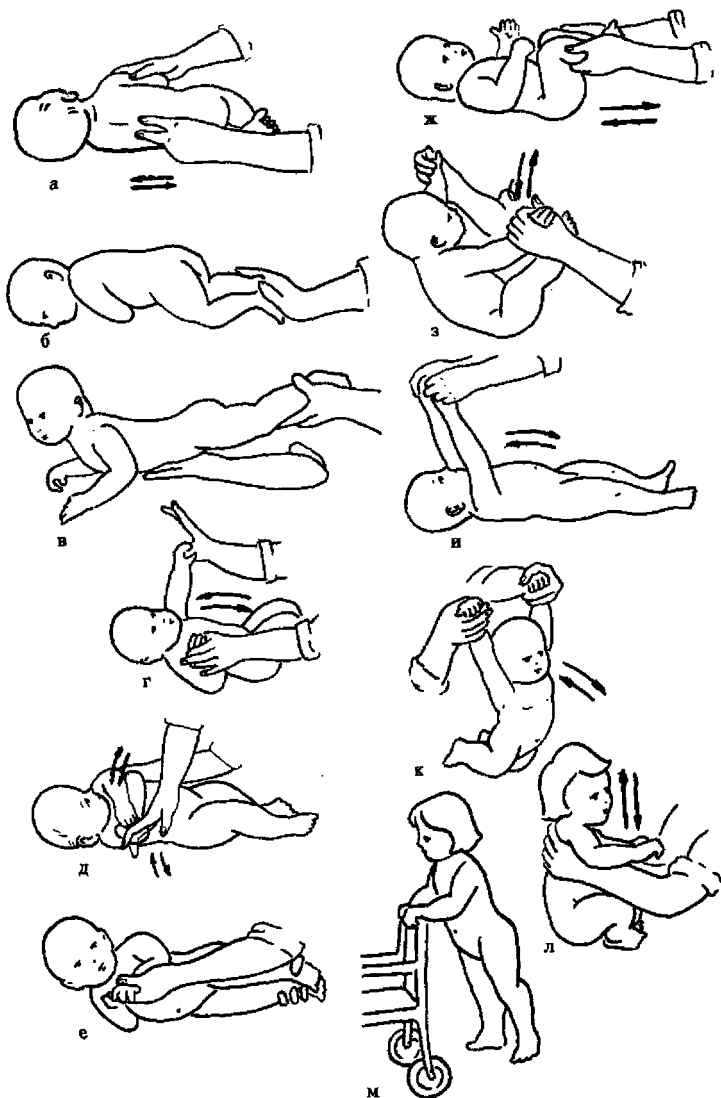


Рис. 28. Гимнастические упражнения у детей первого года жизни.
Объяснение в тексте.

настическое упражнение воспринимал как игру и активно участвовал в занятии. Для этого на занятиях используются мелкие гимнастические предметы: палки, мячи, обручи, короткие скакалки, скамейки, лесенки и др.

При проведении гимнастических занятий соблюдаются следующие основные принципы: 1) охват упражнениями всех мышечных групп (плечевой пояс, ноги, спина, живот); 2) чередование упражнений и отдыха; 3) чередование исходных положений; 4) у детей 1—3 лет упражнения направлены на развитие двигательных навыков.

Для физического воспитания детей старше 4 лет широко применяют упражнения спортивного характера (элементы спортивных игр, эстафеты, игры с мячом и т.д.). Занятие по физкультуре строится по общепринятой схеме: вводная часть (ходьба, бег, ходьба), общеразвивающие упражнения для основных мышечных групп (4- 5 упражнений), подвижные игры и заключительная часть (ходьба и дыхательные упражнения).

Следует помнить, что такие методы физического воспитания, как массаж и гимнастика, — это не только средства совершенствования двигательных навыков здорового ребенка и повышения его устойчивости к вредным влияниям окружающей среды, но и способы лечения больных детей.

Физические навыки, которыми дети овладевают, должны постоянно совершенствоваться. Для упражнений, развивающих мышечную силу, выносливость, гибкость, хорошо также использовать выпускаемые промышленностью спортивные тренажеры. Такими тренажерами должны быть оборудованы все гимнастические залы детских лечебно-профилактических учреждений.

Контроль за развитием и поведением ребенка. Медицинский работник должен уметь организовать деятельность детей, использовать каждый контакт с ребенком для максимального общения с ним. Следует обращать внимание на выполнение суточного режима. Важное значение имеет четкая регламентация работы медицинской сестры, младшей медицинской сестры и воспитателя.

Ребенок в первый год жизни проходит путь развития от беспомощного существа с ограниченным набором защитных реакций до наделенного определенным разумом человека — такова быстрая возрастная эволюция мозга. В табл. 5 приведены характеристики поведенческих реакций, речевого развития, сенсорного восприятия, психического и двигательного развития ребенка по месяцам в

течение первого года жизни. Следует четко знать, соответствует ли тот или иной малыш в своем развитии возрастной норме или отстает, в этом случае надо определить, какому возрасту соответствует развитие его психических и моторных навыков на момент исследования.

Наблюдая за поведением детей старше 1 года, нужно обращать внимание на общее настроение в группе. Отмечают, как ведут себя дети: шумно или тихо, плачут или шалят, заняты игрой или бесцельно ходят и скучают. Следует определить степень доступности игрушек для понимания детей, степень развития самостоятельных навыков.

Контроль за развитием и поведением детей необходим для назначения правильного режима дня, выбора средств физического и методов умственного воспитания. При уходе за детьми, во время кормления, гигиенического ухода, подготовки ко сну и т.д. следует отмечать, какими самостоятельными навыками владеют дети и соответствуют ли эти навыки возрасту ребенка. При общении с ребенком необходимо выявлять, как развиты движения, речь; какие взаимоотношения у ребенка со взрослыми и другими детьми; каковы его индивидуальные особенности; доводит ли ребенок до конца начатое дело; оказывает ли помощь другим детям; получает ли удовлетворение и радость от самостоятельных действий; знает ли, какими игрушками можно пользоваться и как с ними обращаться. Необходимо выявлять причины ухудшения настроения ребенка. Интересно провести хронометраж деятельности ребенка в течение 15—20 мин, записывая все, что он сделал, что сказал. Анализ полученных результатов дает конкретный материал для характеристики ребенка, позволяет индивидуализировать использование средств физического и умственного воспитания.

Закаливание. Под закаливанием понимают систему мероприятий, обеспечивающих повышение сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам окружающей среды (изменение температуры, неблагоприятная эпидемиологическая обстановка, стрессовые ситуации и т.д.) путем систематического дозированного воздействия природными факторами. Наибольшее значение из средств закаливания имеют естественные природные факторы: воздух, вода и солнечные лучи.

Сущность закаливания заключается прежде всего в тренировке механизмов терморегуляции. При систематическом

Т а б л и ц а 5. Контроль за развитием ребенка первого года жизни

Возраст, мес	Поведенческие реакции	Особенности голосовых реакций и речевого развития	Особенности сенсорного воспитания и психического развития	Особенности двигательного развития
1	Просыпается, если голодный или мокрый- Быстро засыпает	Крик громкий, чистый, с коротким вдохом и удлиненным выдохом	Кратковременно фиксирует взгляд и следит за предметом. На голос взрослого прекращает или изменяет плач	Лежа на спине, кратковременно фиксирует голову. Симметричное повышение сгибательного тонуса, преодолеваемого при пассивных движениях
2	Четкий ритм сна и бодрствования. Засыпает сразу. Спокойное бодрствование (если сыт и сухой). Улыбается при обращении	Крик интонационно выразительный. Начальное гуление	Следит за движущейся в горизонтальной плоскости игрушкой. Прислушивается к звукам	Лежа на животе, удерживает голову в вертикальном положении, но не постоянно. Спонтанно симметрично отводит руки в плечевых суставах и поднимает до горизонтального уровня. Сопrotивляется пассивным движениям ног
3	Активно бодрствует, оживляется при общении	Крик с отчетливыми интонациями, певучее гуление	Плавно следит за игрушкой во всех направлениях. Поворачивает голову и глаза к источнику звука. Направляет руки к объекту	В вертикальном положении хорошо удерживает голову. Спонтанно симметрично отводит руки в стороны. Слегка сопротивляется пассивным движениям ног

4	Ориентировочная реакция на общение предшествует оживлению	Певучее гуление и смех	Тянется к игрушке. Рассматривает свои руки. Ищет и находит источник звука в пространстве	Лежа на спине, при потягивании за руки приподнимает голову. Поворачивается со спины на бок Пассивные и произвольные движения выполняет в полном объеме
5	Ориентировочная реакция сменяется оживлением или реакцией страха	Певучее гуление с цепочками звуков, смех, хныканье	Переводит взгляд с предмета на предмет. Тянется к игрушке и захватывает ее двумя руками. Адекватно реагирует на голос матери	Лежа на животе, опирается на вытянутые руки, на одну руку. На спине при потягивании за руки тянется за руками. Уверенно переворачивается со спины на бок
6	Четкая ориентировочная реакция, при виде матери реакция "оживления", рассматривает окружающие предметы и людей	Короткие звуки лепетания	Захватывает игрушку с любой стороны. Держит в каждой руке по предмету. Активно следит за окружающими	Сидит. Лежа на спине, садится или подтягивается за руку. Удерживает ноги на весу, лежа на спине
7	Внимательно рассматривает взрослых, прежде чем вступить в общение. Реакция страха сменяется познавательным интересом. Различает "своих" и "чужих"	Активный лепет	Узнает голос близких. Перекладывает предмет из руки в руку. Похлопывает рукой по игрушке	Сидит, садится, ползает на животе, стоит при поддержке
8	Вступает в игру со взрослыми. Обращается жестами и лепетом. Хорошо различает "своих" и "чужих"	Активный интонационно-выразительный лепет	Отталкивает предметы. Кидает, стучит предметом о предмет, манипулирует 2—3 предметами, различает лица людей, знает свое имя	Садится и сидит, не опираясь. Становится на четвереньки. Ухватившись за опору, становится на колени

Возраст, мес	Поведенческие реакции	Особенности голосовых реакций и речевого развития	Особенности сенсорного воспитания и психического развития	Особенности двигательного развития
9	Различные эмоциональные реакции при контакте с матерью	В лепете разнообразие звуковых сочетаний, интонационно-мелодическая имитация фразы	Отвечает действием на словесные инструкции. Ищет спрятанную игрушку. Берет мелкие предметы двумя пальцами	Сохраняет равновесие, сидя при манипуляциях с игрушками. Встает, ухватившись за опору. Переступает при поддержке за руки
10	Появляются реакции неудовольствия на различные ситуации. Голосом сигнализирует о нуждах. Играет со взрослыми, подражает жестами	Подражание звукам и слогам, лепет	Подражательные движения рук — "ладушки", "до свидания". Вкладывает пальцы в отверстия под контролем зрения. Показывает части тела другого человека. Пальцами захватывает игрушки	Стоит самостоятельно. Ходит, держась одной рукой за опору
11	Адекватно реагирует на слово "нельзя". Выполняет некоторые просьбы. Избирательно относится к окружающим. Понимает названия отдельных предметов	Говорит слова "мама", "ба-ба", "де-да" и др.	Выбрасывает игрушки из кровати, вкладывает пальцы в отверстия на ощупь. Производит подражательные движения ~ перелистывает страницы, "запускает" машину. Различает части своего тела	Уверенно стоит без опоры. Приседает, ходит, держась одной рукой, делает несколько шагов без опоры
12	Общается со взрослыми голосом, при помощи звуко-сочетаний. Подчиняется некоторым просьбам. Обращает внимание на лицо говорящего	Говорит 5—6 лепетных слов, выражена интонация просьбы	Вкладывает один предмет в другой. Открывает коробку, ящик. Узнает картинки. Пользуется ложкой по назначению	Ходит без поддержки, приседает и встает

закаливании совершенствуются ответные реакции организма на переохлаждение, нормализуется метеочувствительность, дети реже подвержены простудным заболеваниям.

Проводить закаливание можно в любое время года, однако лучше начинать в теплый период года и продолжать систематически в течение всего последующего времени. Воздушные ванны должны предшествовать водным и солнечным процедурам. Начинать закаливание нужно при отсутствии острого заболевания или обострения хронического.

Правила закаливания. При выполнении закаливающих мероприятий следует соблюдать следующие три правила: 1) индивидуальный подход к выбору закаливающего средства для каждого ребенка; 2) закаливание следует проводить последовательно, с постепенным увеличением времени или интенсивности воздействия закаливающего фактора; 3) закаливание следует проводить систематически.

Закаливание воздухом — воздушные ванны, которые проводят в покое или движении (на веранде, участке для прогулок). Воздушные ванны в покое показаны главным образом детям раннего возраста, начиная со 2—3-й недели жизни, при температуре воздуха в помещении 22 °С. Вначале ребенка раздевают на 1—2 мин 2—3 раза в день, затем время процедуры постепенно увеличивают до 15 мин в день, к концу первого года жизни температура воздуха может быть снижена до 16—17 °С.

Наиболее популярны водные закаливающие процедуры (рис. 29), которые проводят в виде умывания, обтирания, общего и местного обливания.

Обтирание проводят детям старше 6 мес. Начинают с сухого обтирания, затем переходят к обтиранию влажной рукавичкой. Последовательность обтирания: верхние конечности — от кисти к плечу, нижние — от стопы к бедру, грудь, живот, спина. Закончив обтирание, каждый участок тела следует растереть полотенцем до покраснения. Температура воды должна быть вначале 33—35 °С, затем ее снижают на 1—2 °С, в следующие 2—3 дня — до 28—30 °С для детей до 1 года, до 25—26 °С — для детей в возрасте 3—6 лет и до 16—28 °С — для школьников.

Обливание начинают с 1—1,5 лет из кувшина или под душем водой температуры 33—35 °С, затем постепенно



Рис. 29. Водные закаливающие процедуры,
а — умывание; б — обтирание; в — обливание ног; г — душ.

снижают температуру воды до $27-28^{\circ}\text{C}$, а для дошкольников — до $22-25^{\circ}\text{C}$. Процедуры проводят в ванной или душевой комнате. Во время процедуры голову не обливают. Струя воды должна быть сильной, ручку шланга необходимо держать близко от тела ребенка (20—30 см). В первую очередь обливают спину, далее — грудь и живот, в последнюю очередь — левое и правое плечо. После процедуры ребенка вытирают насухо. Местное обливание —

обливание ног, туловища до пояса и т.д. После обливания ступни ног растирают полотенцем до покраснения. Температуру воды постепенно снижают с 30—32 °С до 16-18 °С.

Действенной процедурой являются контрастные ножные ванны, во время которых используют непременно холодную и теплую воду. Подобная процедура может быть применена у детей с достаточно выраженными признаками адаптивной устойчивости. Наполняют водой два таза (или ведра): один водой температуры 37—38 °С, другой — на 3—4 °С ниже. Необходимо налить такое количество воды, чтобы она покрывала ноги до середины голеней. Ребенок попеременно на 1—2 мин погружает ноги в таз с теплой водой, а затем на 5—10 с — с холодной. Количество попеременных погружений в первые дни составляет 3—4, в дальнейшем — до 6. Увеличивают и продолжительность времени погружения конечностей в таз с холодной водой до 15—20 с. Заканчивают процедуры погружением ног в холодную воду. После окончания процедуры ноги растирают до появления легкого порозовения кожи. Обычно ножные ванны делают либо сразу после сна, либо во второй половине дня между 17 и 18 ч, в период наибольшей активности ребенка.

Используют также общие контрастные обливания водой различной температуры (более холодной и обычной, к которой ребенок привык).

В последние годы стало популярным закаливание детей грудного возраста плаванием. При отсутствии противопоказаний такой вид закаливания можно применять с 3-недельного возраста. Занятия обычно организуются в детских поликлиниках, проводят их медицинские сестры. Для обучения плаванию в ванне или бассейне используются специальные пробковые приспособления. Систематические занятия плаванием вызывают у детей ярко выраженные положительные эмоции, благотворно сказываются на их росте и развитии.

Следует помнить, что купание в реке или море можно начинать с 3 лет, причем температура воды должна быть не менее 22 °С.

Закаливание солнечными лучами проводят осторожно, так как возможны перегревание организма и тепловой удар. Для закаливания детей грудного возраста используют только отраженные или рассеянные солнеч-

ные лучи. Ребенку старше 1 года такие процедуры показаны только в утренние часы с 9 до 11 ч. Продолжительность солнечной ванны вначале составляет несколько минут, затем ее доводят до 10—20 мин. На голову ребенка обязательно надевают белую панаму. Лучше использовать рассеянные солнечные лучи.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. В чем состоит работа по умственному воспитанию ребенка?
2. Какие примеры игр-занятий вы можете привести для детей в возрасте 1 года, 2, 3, 4 лет?
3. Какие принципы используются при составлении комплекса гимнастических упражнений?
4. В чем заключаются особенности режима дня для детей различного возраста?
5. В чем состоит контроль за деятельностью ребенка со стороны медицинского персонала?
6. Какие мероприятия проводятся для предупреждения срывов в поведении детей?
7. Какие существуют приемы массажа?
8. Перечислите три основных правила закаливания?
9. В чем заключаются особенности техники проведения воздушных ванн, водных процедур, солнечных ванн?
10. Составьте комплекс упражнений для детей в возрасте 1, 3, 6 и 9 мес.

УХОД И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ

Глава 10

УХОД И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ С ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ ТЕЛА

У детей по сравнению со взрослыми повышение температуры тела (гипертермия) наблюдается чаще, что связано с недостаточным развитием у них центра терморегуляции. Повышение температуры тела может возникать на фоне острых заболеваний инфекционной природы (острые респираторные вирусные инфекции, пневмонии, кишечные инфекции и пр.), при обезвоживании организма, перегревании, поражении центральной нервной системы и т.п.

Нормальная температура тела, измеренная в подмышечной области у ребенка старше года или в бедренной складке у ребенка до года, равна $36-37^{\circ}\text{C}$. Температура в полости рта и в прямой кишке (анальная температура) — на 1°C выше.

Таким образом, если оценивать самую распространенную методику измерения температуры тела у детей в подмышечной области, то температура тела $37-38^{\circ}\text{C}$ называется субфебрильной, $38-38,9^{\circ}\text{C}$ — фебрильной, $39-40,5^{\circ}\text{C}$ — пиретической (от греч. *pyretos* — жар), выше $40,5^{\circ}\text{C}$ — гиперпиретической. В развитии гипертермии различают три основных периода: постепенного повышения температуры тела, максимального ее повышения и снижения. Знание этих периодов необходимо при оказании помощи больным.

В начальном периоде повышение температуры тела сопровождается ознобом, головной болью, ухудшением общего состояния. Повышению температуры тела у детей первого года жизни нередко может предшествовать рвота. В этот период ребенка следует тщательно укрыть одеялом, к ногам приложить теплую грелку, напоить крепким чаем. В помещении, где находится ребенок, не должно быть сквозняков.

Период максимального повышения температуры тела характеризуется ухудшением общего состояния: появляются ощущение тяжести в голове, чувство жара, резкая слабость, ломота во всем теле. Чаще, чем у взрослых, возникает возбуждение, которое более выражено, нередко отмечаются судороги. Возможны бред и галлюцинации. В этот период нельзя оставлять ребенка одного, так как он может упасть с кровати, удариться и тд. У таких больных устанавливают индивидуальный пост медицинской сестры или осуществляют постоянное наблюдение. Об ухудшении состояния ребенка и прогрессирующем нарастании температуры тела постовая медицинская сестра должна немедленно сообщать врачу.

Ребенка в период максимального повышения температуры тела следует часто и обильно поить: давать жидкость в виде фруктовых соков, морсов, минеральных вод. При повышении температуры тела выше 37°C на каждый градус требуется дополнительное введение жидкости из расчета по 10 мл на 1 кг массы тела. Например, ребенку 8 мес с массой тела 8 кг при температуре 39°C дополнительно необходимо дать 160 мл жидкости.

При появлении сухости во рту и образовании трещин на губах следует периодически протирать рот слабым раствором гидрокарбоната натрия и смазывать губы вазелиновым маслом или другим жиром. Если головная боль сильная, то на лоб кладут пузырь со льдом через сложенную пеленку или ставят холодный компресс. Медицинская сестра должна следить, чтобы в палате было тепло. Необходимо периодически определять пульс и артериальное давление.

В качестве лечебных мероприятий при гипертермии применяют физические и лекарственные средства (рис. 30). Для увеличения теплоотдачи используют воздушные ванны, обдувание тела ребенка вентилятором, обтирание кожи спиртовым раствором, охлаждение головы и участков тела, где близко расположены крупные сосуды (область печени, верхняя треть передней поверхности бедра), с помощью пузыря со льдом или холодной водой. Применяют также клизмы с прохладной водой (от 10 до 20°C), которую вводят через газоотводную трубку по $20—150$ мл на $2—5$ мин в зависимости от возраста. Конец трубки зажимают, затем через $2—5$ мин зажим отпускают, невсосавшаяся вода удаляется. Процедуру повторяют до тех пор,

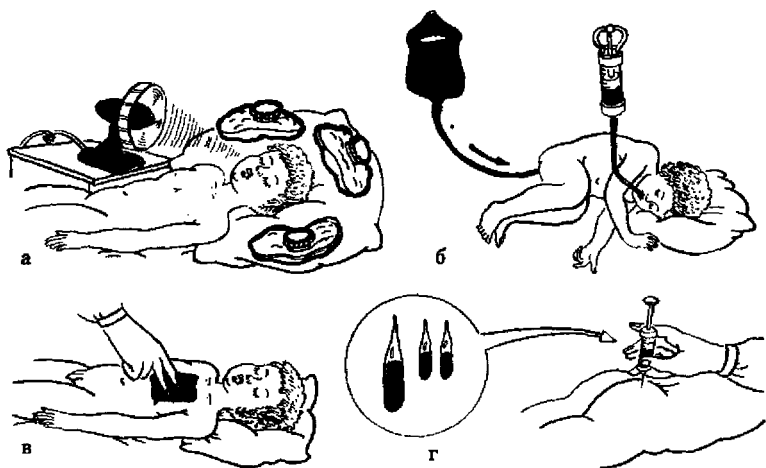


Рис. 30. Помощь при гипертермии, а — обкладывание головы пузырями со льдом; б — промывание желудка и введение прохладной воды в прямую кишку, в — обтирание кожи спиртовым раствором или эфиром; г — введение лекарственных средств.

пока температура тела не снизится до $37,5^{\circ}\text{C}$. Внимательно следят, чтобы объем вводимой жидкости ненамного превышал объем выводимой жидкости. Кроме того, рекомендуется промывание желудка прохладным ($18\text{--}20^{\circ}\text{C}$) изотоническим раствором хлорида натрия. Показано внутривенное введение $10\text{--}20$ мл 20% раствора глюкозы, охлажденного до температуры 4°C , применяют лекарственные средства (парацетамол, анальгин). Введение лекарственных средств допускается лишь по назначению врача.

Период снижения температуры тела может протекать критически либо литически. Быстрое падение температуры тела (с 40 до 36°C) называют критическим. Одновременно происходит резкое снижение сосудистого тонуса и артериального давления. Пульс становится слабым, нитевидным. У ребенка развиваются слабость, обильное потоотделение, конечности становятся холодными на ощупь. Такое состояние, называемое кризисом, требует экстренных мероприятий. Больного согревают, к телу и конечностям прикладывают грелки. Дают крепкий теплый чай. Вследствие обильного потоотделения ребенка необходимо переодеть в чистое и сухое белье, предварительно насухо

вытерев тело, особенно складки. Если требуется, то меняют также постельное белье.

Постепенное снижение температуры тела, называемое литическим, сопровождается небольшой испариной и умеренной слабостью. Ребенок спокойно засыпает. Постоянная медицинская сестра следит, чтобы больного не будили, так как сон восстанавливает силы.

Температурирующий ребенок нуждается в назначении соответствующей диеты. Учитывая снижение аппетита, кормить больного ребенка нужно чаще и дробными порциями, уменьшив в рационе количество белка животного происхождения.

При уходе за температурирующими больными тщательно следят за состоянием кожных покровов и слизистых оболочек, принимают меры для предупреждения пролежней. Для отправления естественных потребностей судна и утки подают в постель.

Тепловой удар возникает при общем перегревании организма в результате воздействия внешних тепловых факторов. Тепловой удар происходит у ребенка, находящегося в плохо вентилируемом помещении с высокой температурой воздуха и влажностью. Способствуют тепловому удару теплая одежда, несоблюдение питьевого режима. У детей грудного возраста тепловой удар может возникнуть при укутывании в теплые одеяла, при нахождении детской кроватки (или коляски) около батареи центрального отопления или печи. Неотложная помощь заключается в том, что больного срочно выносят в прохладное место, где обеспечивают доступ свежего воздуха; ребенка раздевают, дают холодное питье, на голову кладут холодный компресс.

Солнечный удар происходит у детей, длительное время находящихся на солнце (прогулки, работа в поле). Неотложная помощь при солнечном ударе аналогична помощи, оказываемой больным с тепловым ударом. В тяжелых случаях показана срочная госпитализация.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что такое гипертермия?
2. Какую помощь оказывают ребенку в период повышения температуры тела?
3. Как рассчитать дополнительно количество жидкости, ко-

тую надо дать ребенку с температурой тела 39 °С (масса тела ребенка 30 кг)?

4. При каких условиях может возникнуть тепловой удар у детей первого года жизни?

5. Какую неотложную помощь оказывают ребенку, получившему солнечный удар?

Глава 11

УХОД И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ

Поражения кожи чаще встречаются у детей раннего возраста. Медицинская сестра должна знать особенности ухода за кожей и уметь оказывать квалифицированную помощь. К поражениям кожи у детей, требующим медицинской помощи, следует отнести экзему, потницу, гнойничковое или грибковое поражение, опрелости.

Экзема — наиболее распространенное у детей заболевание кожи аллергического генеза. Проявляется покраснением и отеком кожи (чаще всего) лица, большим количеством микровезикул (маленькие пузырьки), мокнутием с последующим образованием корок и шелушением. Нередко поражаются волосистая часть головы, ушные раковины, шея, туловище. При уходе особое внимание обращают на питание ребенка и матери. Из рациона исключают продукты, которые могут вызвать обострение заболевания (все выявленные аллергены), ограничивают сладости и соленья.

Аллергенами чаще всего являются коровье молоко, куриные яйца, рыба, мясо, шоколад, орехи, некоторые овощи и фрукты (клубника, апельсин, морковь). Для выявления аллергенов имеет значение контроль за реакцией организма на пищу. С этой целью ведут пищевой дневник, в котором регистрируют все продукты, съедаемые ребенком и кормящей матерью, время кормления, характер кожных высыпаний и т.д. У детей, находящихся на смешанном или искусственном вскармливании, начальные признаки сенсибилизации (повышенная чувствительность) к различным продуктам и прежде всего злаковым могут возникнуть в первые недели и месяцы жизни. Аллергические высыпания в виде кожной экземы наблюда-

ются, если используются молочные смеси, приготовленные на отварах из злаков.

Продукты, противопоказанные ребенку, должны быть отмечены в сестринском листе и перечислены в медицинской карте стационарного больного. Рекомендуются тщательное соблюдение режима дня, длительное пребывание на воздухе (летом при отсутствии фотодерматоза рекомендуется принимать солнечные ванны), достаточный и глубокий сон.

При мокнущей экземе в виде местного лечения назначают примочки — раствор лекарственного средства в дистиллированной воде. Марлевые салфетки из 4—5 слоев марли, смоченные в назначенном лекарственном растворе, накладывают на пораженный участок кожи. Салфетки меняют каждые 15—20 мин. Такая процедура обеспечивает уменьшение воспаления и мокнутия.

По исчезновении острых воспалительных явлений кожи переходят к применению болтушек-суспензий, в которых содержится тальк или цинк. Перед употреблением болтушку взбалтывают и ватным тампоном наносят на пораженный участок, частично захватывая здоровые ткани тела.

Хороший эффект дает применение эмульсий (стрептоцид овая, синтомициновая), паст (цинковая, нафталановая, ихтиоловая, дегтярная и др.) и мазей (димедролово-цинковая и др.). Все эти формы используются в период стихания воспалительных явлений и при отсутствии мокнутия. Мази, содержащие гормоны, детям первого года жизни дают под строгим врачебно-сестринским контролем.

Дети часто страдают от зуда. Чтобы предохранить кожу от расчесов, ребенку надевают варежки, зашивают рукава, а в некоторых случаях на область локтевого сгиба накладывают шины из картона, которые укрепляют бинтами, чтобы ребенок не мог сгибать руки в локтевых суставах.

При экземе по назначению врача проводятся также лечебные ванны, которые могут быть общими или местными. Ванны назначают через день или реже. От гигиенических эти ванны отличаются тем, что в воду добавляют специальные лекарственные средства (крахмал, настой трав и др.). Наиболее распространенные ванны — крахмальные, содовые, с настоем из травы череды или ромашки.

Крахмальная ванна смягчает кожу и успокаивает зуд. Для приготовления такой ванны 100 г картофельной муки разводят в холодной воде и добавляют в воду, приготовленную для ванны.

Содовая ванна (1 столовая ложка бикарбоната натрия на ведро воды) оказывает такое же действие.

Ванна с настоем из травы череды — распространенное средство для профилактики и лечения кожных заболеваний. Для годовалого ребенка в ванну рекомендуется добавлять стакан настоя череды. Настой готовят из расчета 1 столовая ложка травы на стакан кипятка (настаивать 10 мин).

Ванна с настоем ромашки используется для снятия воспалительных явлений. Принцип приготовления этой ванны такой же, как и ванны с настоем из травы череды.

При сухих формах экземы, которые встречаются реже, можно использовать ванны с танином (20 г на ванну), отваром дубовой коры (200 г на 1 л воды) или раствором перманганата калия (0,3 г на 10 л воды).

Потница — распространенное поражение кожи у новорожденных и детей грудного возраста; развивается вследствие раздражения выводных протоков потовых желез. Она возникает обычно при несоблюдении гигиенических требований по уходу за кожей. Для предупреждения потницы следует использовать рациональную одежду с учетом температуры окружающей среды. Температура помещения, где находится ребенок, не должна превышать 22 °С.

При наличии потницы полезно делать ванны с перманганатом калия. Такие ванны оказывают дезинфицирующее и подсушивающее действие. Их применяют не только при потницах, но и при различных гнойничковых поражениях кожи и опрелостях. В ванну подливают 5 % раствор перманганата калия до появления слабой розовой окраски, время приема ванны 5—7 мин.

Потница может осложняться, особенно у детей первого года жизни, развитием пиодермии.

Гнойничковые поражения кожи (пиодермии) относятся к группе наиболее часто встречающихся дерматозов у детей, особенно в раннем возрасте. Возбудителями пиодермии являются стафилококки и стрептококки. У детей преобладают стрептококковые пиодермии (стрептодермии), за исключением периода новорожденности, когда

встречаются в основном стафилококковые пиодермии (стафилодермии).

Входными воротами для инфекции у новорожденного являются область пупка, а также любые, даже очень незначительные повреждения кожи, легко и незаметно возникающие при выполнении гигиенических процедур (обмывание, пеленание), кормлении и т.д. Появлению пиодермии способствуют загрязнения кожного покрова при нерациональном гигиеническом уходе.

Для стрептодермии характерна поверхностная локализация гнойничков, склонность их к периферическому росту. Гнойнички обычно расположены в области волосных фолликулов, сальных и потовых желез.

Местное лечение при гнойничковых поражениях кожи зависит от характера (стрептодермия, стафилодермия) заболевания, глубины и распространенности поражения.

Гнойничковые элементы, эрозии обрабатывают 1 % раствором анилиновых красителей (бриллиантовый зеленый, метиловый фиолетовый, генциановый фиолетовый), а у детей школьного возраста — дезинфицирующими мазями (5 % стрептоцидная мазь, 1—2 % желтая ртутная мазь, "Оксикорт", "Локакортен"). После отпадения гнойных корок на пораженные места наносят порошок стрептоцида или 1 % эритромициновую либо 5 % полимиксиновую мазь и др.

Здоровые участки вокруг пораженной кожи обрабатывают 2 % салицилово-борным или камфорным спиртом, для чего в спирте смачивают ватный или марлевый тампон, накрученный на пинцет или деревянную палочку.

В медицинской практике очень часто используют повязки с мазью Вишневского, особенно при наличии воспалительного инфильтрата. Для этого стерильную салфетку, состоящую из 5—6 слоев марли, с помощью деревянной или стеклянной палочки смазывают мазью Вишневского и кладут на пораженный участок кожи, сверху накрывают компрессной бумагой, а затем ватой. Ватный слой должен быть на 2—3 см шире и длиннее марлевого. Всю повязку укрепляют с помощью бинта или косынки.

При абсцессах после вскрытия необходимо применять повязки с гипертоническими растворами. Стерильные марлевые салфетки пропитывают гипертоническим раствором (8—10 % раствор хлорида натрия или 25 % раствор сульфата магния и др.) и накладывают на пораженный

участок кожи, сверху покрывают слоем гигроскопической ваты и фиксируют бинтом.

Новорожденных и детей первого года жизни с гнойными заболеваниями кожи (пиодермия, абсцесс) следует изолировать, выделить для их обслуживания отдельный персонал. Необходима постоянная профилактика стафилодермий у новорожденных. Так, палаты, в которых находятся новорожденные, надо систематически обрабатывать ртутно-кварцевой лампой (ультрафиолетовое облучение), дезинфицирующими растворами.

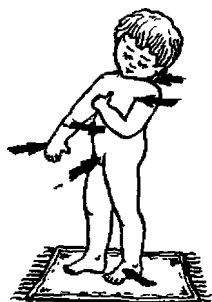
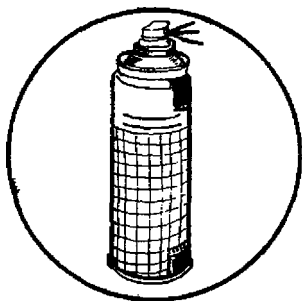
Если у ребенка обнаруживаются гнойничковые заболевания кожи, то необходимо резко ограничить поступление в организм сахара — никакого шоколада, никаких конфет! Углеводы в больших количествах поступают в клетки кожи и образуют питательную среду для патогенных микроорганизмов, основного возбудителя кожных инфекций. Ограничения в потреблении сахара должны соблюдать матери, кормящие грудью.

Опрелости — покраснение в области кожных складок, ягодиц, промежности у детей грудного возраста, особенно в первые месяцы жизни. Опрелости в большинстве случаев свидетельствуют о неправильном уходе за кожей, хотя следует учитывать и индивидуальную предрасположенность. Так, опрелости возникают чаще у детей с избыточной массой тела.

При опрелостях рекомендуются свободное пеленание, своевременная смена пеленок. Не следует применять пеленки из искусственных материалов, клеенку.

Если опрелости проявляются только в виде покраснения кожи, то пораженные участки следует обрабатывать цинковой пастой (цропален), присыпать порошком, содержащим оксид цинка, тальк, смазывать простерилизованным маслом или детским кремом. Не следует применять вазелиновое масло, вызывающее иногда раздражение кожи.

Кожу туловища и конечностей обрабатывают смоченными маслом руками, а область заднего прохода протирают ватой. Присыпку нельзя наносить толстым слоем. У девочек при использовании присыпок необходимо прикрывать половые органы, так как попадание порошка в половую щель может вызвать воспалительный процесс. Не разрешается одновременное использование масла (или крема) и присыпки, так как при этом образуются комоч-



ки, которые, скапливаясь в складках кожи, вызывают раздражение, мокнутие, ссадины. Можно применять кремы, выпускаемые промышленностью ("Детский", "Спермацетовый", "Ланолиновый" и др.).

При появлении эрозий на коже используют мазевые повязки (с камадолом, ируксолом, мазью Вишневского, синтомициновой эмульсией и др.), припудривание комбинированными средствами (типа "Гипсоль" и др.). Лечебные мази и пудру наносят на раневую поверхность тонким слоем через стерильную смоченную марлевую повязку, которую фиксируют лейкопластырем; процедуру повторяют 2—3 раза в сутки и применяют до полного заживления.

Грибковые опрелости обрабатывают 1 % раствором бриллиантового зеленого или клотримазолом ("Канестен"), микосептином и др. Хороший эффект при лечении опрелостей дает ультрафиолетовое облучение пораженных участков с последующей аэрацией.

Рис. 31. Обработка наиболее пораженных участков кожи при помощи противочесоточного аэрозоля,

Чесотка — паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещом. Самец живет на поверхности кожи, а самка прокладывает под кожей бороздку, в которую откладывает яйца. Для чесотки характерен сильный зуд, особенно ночью и в тепле, главным образом на пальцах, запястьях, под мышками, в области пупка, на животе и на половых органах. Это заразное заболевание, которое легко передается при бытовых контактах. Диагноз чесотки подтверждается обнаружением клеща при лабораторном исследовании, хотя лечить противочесоточными средствами надо при всех случаях подозрения на данное заболевание. Лечение заключается во втирании в кожу, а не

элько в пораженные участки (за исключением кожи головы, лица и шеи) 20 % водно-мыльной суспензии бензилбензоата дважды по 10 мин с 10-минутным перерывом. Детей до 3 лет применяют 10 % суспензию. Процедуру повторяют на следующий день. После окончания втирания чистой надевает чистое белье и обеззараженную верхнюю одежду. Должны быть сменены также постельные принадлежности. До обработки ребенок тщательно моет руки теплой водой с мылом; после обработки руки не следует мыть в течение 3 ч. Из современных средств назначают эрозоль "Спрегаль". Лечение проводят преимущественно вечером, с тем чтобы оставить препарат действовать всю ночь. Препаратом опрыскивают все тело, кроме лица и волосистой части головы. Обильно опрыскивают самые пораженные участки (рис. 31), затем надевают чистую одежду, нельзя мыться в течение 12 ч. Новорожденным и детям раннего возраста при опрыскивании закрывают салфеткой рот и нос. Если есть царапины на лице, их обрабатывают ватой, смоченной аэрозолем "Спрегаль". Для детей пеленок у грудных детей следует дополнительно опрыскать всю зону ягодиц. По истечении 12 ч ребенка моют с мылом, а кожу хорошо промывают водой (лучше под душем).

Чтобы эффективно остановить чесотку, следует:

- лечить противочесоточным препаратом детей, жалующихся на зуд;
- лечить одновременно всех, кто живет с ребенком под одной крышей;
- дезинфицировать одежду и постельные принадлежности во избежание повторного заражения.

При грибковых поражениях кожи и слизистую оболочку полости рта обрабатывают 1 % водным раствором бриллиантового зеленого или батрафеном, ламизилом.

При герпетических поражениях кожи, характеризующихся появлением зудящих пузырьков и эрозий на коже и слизистой оболочке, используют антигерпетические средства: антигерпес, мазь "Гевизош", мазь Зовиракс" и др. Если применять эти средства сразу же при появлении предвестников заболевания — зуда, жжения, почесывания, то высыпаний можно избежать вовсе.

1. Назовите правила ухода за кожей ребенка.
2. В чем заключается уход за кожей ребенка с опрелостями?
3. Как используются примочки?
4. Как используются болтушки?
5. Как приготовить ванну с перманганатом калия?
6. Как приготовить крахмальную ванну?
7. Как приготовить ванну с травой череды или ромашкой?
8. Как обрабатывают гнойничковые элементы на коже?
9. Как накладывают гипертоническую повязку?
10. Как обрабатывают грибковые опрелости кожи?
11. В чем заключается лечение чесотки у детей?
12. Как обрабатываются герпетические элементы на коже ребенка?

Глава 12

УХОД И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Заболевания органов дыхания занимают первое место среди всех болезней, встречающихся в детском возрасте. Чаще всего дети болеют острыми респираторными вирусными инфекциями, пневмониями, бронхитами, несколько реже аллергическими заболеваниями (респираторные аллергии, бронхиальная астма и пр.).

При поступлении в больницу детей с заболеваниями органов дыхания помещают в светлые, просторные и хорошо проветриваемые палаты. Дети грудного возраста, особенно новорожденные, госпитализируются в боксы или полубоксы на 1—2 койки. Температура воздуха в этих помещениях должна быть 18—20 °С, без резких колебаний. Не допускаются сквозняки. Проветривать палаты и боксы необходимо не менее 5—6 раз в день в зимний период, а в другое время года значительно чаще. Кровати должны быть чистыми и удобными, при необходимости отгорожены друг от друга переносными ширмами. Влажная уборка в палатах и боксах проводится ежедневно. Для облегчения дыхания приподнимают головной конец кровати или под спину ребенка подкладывают подушку (свернутое одеяло). Детей грудного возраста берут на руки, чаще изменяют положение их в кровати. Обращают внимание на одежду,

которая должна быть теплой, удобной и не затруднять дыхание. Необходимо тщательно ухаживать за кожей и слизистыми оболочками, а также ежедневно осуществлять уход за носовыми ходами, ушными раковинами, полостью рта и волосами.

Пища должна быть легкоусвояемой, соответствующей кулинарной обработки. Как правило, у больных детей аппетит снижен, поэтому объем пищи должен быть небольшим, а количество жидкости, наоборот, увеличивают. Дают жидкость преимущественно в виде морсов, фруктовых соков, компотов, подслащенной воды.

Большое значение в лечении и выхаживании детей с заболеваниями органов дыхания имеют строгое и регламентированное выполнение врачебных назначений, а также оказание больным помощи, включая неотложную.

В период выздоровления ребенку разрешают подготовку уроков, необременительные занятия и игры.

При насморке перед кормлением производят туалет носа, очищая носовые ходы с помощью ватного жгутика, смоченного вазелиновым или другим маслом. В отдельных случаях, главным образом у детей раннего возраста, слизь из носовых ходов и полости рта удаляют при помощи электроотсоса или приспособления. Если у ребенка насморк, то после очищения носовых ходов при необходимости закапывают назначенное врачом лекарственное средство.

При ларингоспазме ребенку необходимо оказать немедленную помощь. Ларингоспазм возникает вследствие внезапного закрытия голосовой щели. Ребенок перестает дышать, кожные покровы синеют, затем цианоз сменяется бледностью и появляются капли пота на лице. Приступ заканчивается расслаблением мускулатуры гортани, ребенок делает глубокий вдох, сопровождающийся "иканием", и постепенно дыхание восстанавливается. При ларингоспазме необходимо опрыскивать лицо холодной водой, производить похлопывание по щекам. Если дыхание не восстанавливается, то язык отдают вниз и вытягивают. Срочно вызывают врача и начинают искусственную вентиляцию легких (ИВЛ).

При икоте происходит непроизвольный вдох, который сопровождается своеобразным звуком, обусловленным внезапным сокращением диафрагмы. Кратковременная икота может быть у здоровых детей вследствие употребления сухой пищи; чаще она наблюдается при заболеваниях

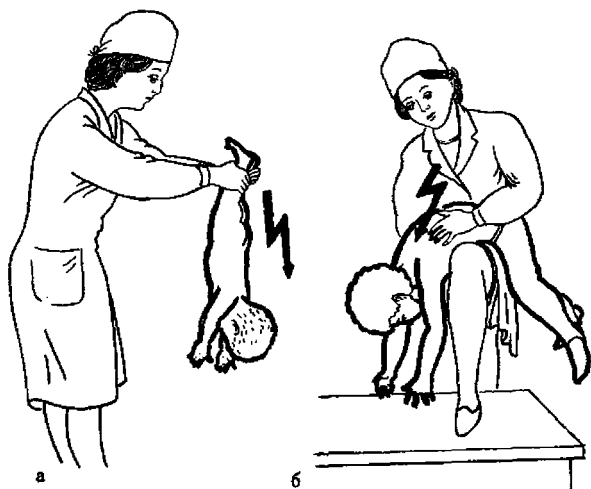


Рис. 32. Удаление инородного тела из дыхательных путей, а — у детей грудного возраста; б — у более старших детей.

пищеварительной и других систем (сердечно-сосудистая, центральная, нервная). При появлении икоты необходимо дать ребенку воды или попросить несколько раз глубоко вдохнуть. Упорные случаи икоты требуют применения лекарственных средств (транквилизаторы) и обязательной консультации врача.

При попадании инородного тела в носовой ход и дыхательные пути медицинский персонал должен быстро оказать квалифицированную помощь, так как малейшее промедление может привести к полной их закупорке и развитию асфиксии (удушье).

Если инородное тело попало в носовые ходы, то следует помочь ребенку. Для этого одну ноздрю закрывают, а ребенка просят, сильно натужившись, высморкаться. Если инородное тело осталось, то удаление его из полости носа производит врач.

При попадании инородного тела в дыхательные пути ребенка грудного возраста следует перевернуть его вниз головой (рис. 32, а). Ребенка более старшего возраста, если при кашле инородный предмет не удастся удалить, медицинская сестра укладывает животом на согнутое колено, низко опускает голову ребенка и легко постукивает рукой по спине (рис. 32, б). В любом случае необходимо вызвать

дежурного врача. При отсутствии эффекта ребенка переводят в реанимационное отделение для бронхоскопии.

Воспаление среднего уха (отит) — осложнение заболеваний органов дыхания, особенно у детей раннего возраста. При катаральном отите на область уха обычно накладывают сухой или полуспиртовой компресс, закапывают "ушные" капли, обладающие обезболивающим и антимикробным действием (отипакс и др.). В случае гноетечения из слухового прохода необходимо провести соответствующий туалет. Для этого сухим или смоченным в растворе фурацилина жгутиком удаляют гнойное содержимое.

Дети с заболеваниями органов дыхания обычно жалуются на одышку, кашель, иногда боли в грудной клетке.

При одышке, представляющей собой затрудненное дыхание с нарушением ритма и силы дыхательных движений, помощь заключается в том, что ребенку придают в постели приподнятое положение. Под спину подкладывают 2—3 подушки, освобождают от тяжелого одеяла и стесняющей одежды. Необходим постоянный приток свежего воздуха, по показаниям проводят ингаляции, оксигенотерапию.

При кашле, который может быть как сухим, так и влажным с отделением мокроты, проводят мероприятия, способствующие отхождению мокроты. Детям с сухим кашлем дают теплое питье, например молоко с бикарбонатом натрия (в стакан теплого молока на кончике ножа добавляют питьевую соду). Показаны также ингаляции настоя зверобоя (1 столовую ложку травы настаивают 30 мин в 1 стакане кипятка, затем процеживают и вдыхают при помощи ручного ингалятора), полоскание горла настоем эвкалипта. При наличии у ребенка влажного кашля для лучшего отхаркивания дают N-ацетилцистеин (флуимуцил), гексапневмин, настои из корня девясила, травы термопсиса, травы мать-и-мачехи или минеральную воду боржом с теплым молоком. Для уменьшения воспалительных изменений верхних дыхательных путей необходимо использовать горчичники, банки. Лекарственные средства, направленные на подавление кашлевого рефлекса (синекод, стоптуссин), применяют только по назначению врача.

При появлении мокроты медицинская сестра должна обращать внимание на количество отделяемого, консистенцию, запах и цвет. Наличие свежей крови или ее прожилок свидетельствует о легочном кровотечении либо кровохарканье. Эти сведения необходимо немедленно со-

обидать врачу. Для лучшего отхождения мокроты применяют так называемый постуральный дренаж: больному создают вынужденное положение тела. При одностороннем процессе, например в верхней доле легкого, больного кладут на здоровый бок, в нижней доле — на живот с опущенным головным концом (рис. 33). В дренажном положении полезно делать массаж грудной клетки путем поглаживания, растирания, разминания и легкого поколачивания мышц спины. Постуральный дренаж проводят 2—3 раза в день по 20—30 мин. У малышей стимуляция активного кашля достигается путем раздражения корня языка шпателем.

Для улучшения дыхания, предотвращения застойных явлений в легких, появления ателектазов и других осложнений детям с заболеваниями верхних и нижних дыхательных путей даже в острый период показаны физические упражнения.

1. Исходное положение (и.п.) — вертикально на руках массажиста-инструктора. Ритмичные надавливания на спину ребенка в конце выдоха с передвижением ладони от шеи до поясницы (4 раза — рис. 34, а).

2. И.п. — лежа на спине. Ритмичные надавливания на грудную клетку в конце выдоха, ее передние и боковые поверхности, обходя грудину (рис. 34, б).

3. И.п. — лежа на боку. Ритмичные надавливания на грудную клетку, ее боковую и заднюю поверхности, поочередно на левом и правом боку в конце выдоха (рис. 34, в). Ребенок должен лежать в удобной позе спящего.

Боли в грудной клетке во время глубокого вдоха могут указывать на поражение плевры. Для уменьшения болей ребенка чаще всего кладут на больной бок, хорошо укрывают. Если заподозрен плеврит, то в диагностических целях проводится рентгеноскопия грудной клетки, при наличии выпота — пункция, по показаниям — бронхоскопия. Медицинские сестры выполняют назначения врача: делают инъекции антибиотиков, ставят горчичники, пластырь, озокеритовые аппликации, проводят сеансы ультрафиолетового облучения как средства отвлекающей, рассасывающей и противовоспалительной терапии.

При заболевании гриппом (острая респираторная вирусная инфекция — ОРВИ) ребенку обеспечивают покой, постельный режим, дают горячее молоко и щелочное питье (боржом). При высокой температуре тела назначают холод

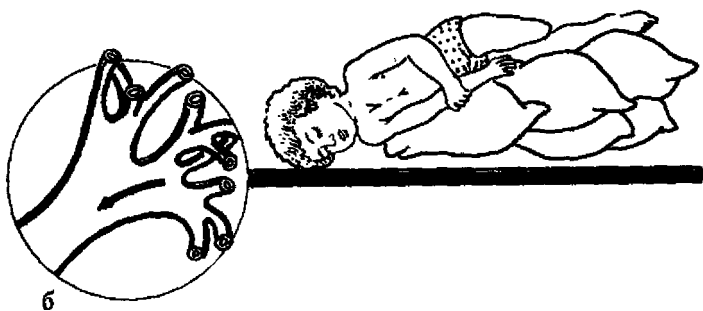
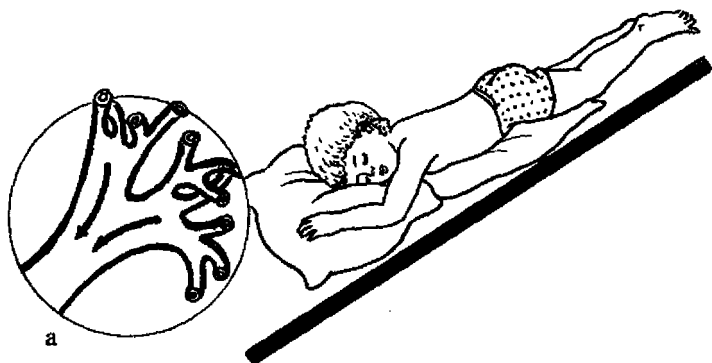


Рис. 33. Постуральный дренаж,
а — обоих главных бронхов; б — левого главного бронха; в — правого
главного бронха.

на голову, применяют жаропонижающие средства. В качестве отвлекающих процедур ставят на переднюю поверхность грудной клетки горчичники, используют ручные и

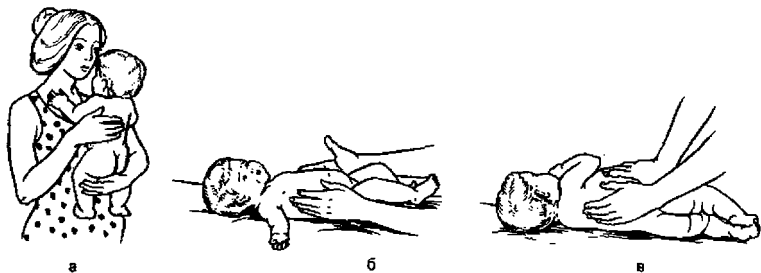


Рис. 34. Положение рук при надавливании на спину (а), боковые (б) и заднюю поверхности грудной клетки (в).

ножные ванны. В первые часы заболевания больному ребенку, а также детям, находившимся в контакте с больным, закапывают интерферон по 2—3 капли в каждую ноздрю каждые 2 ч. В случае неосложненного гриппа ребенок остается дома.

При крупе помощь ребенку осуществляется безотлагательно. Являясь грозным осложнением ОРВИ, ложный круп представляет собой острый стенозирующий ларинготрахеит и чаще всего наблюдается у детей дошкольного возраста. О крупе свидетельствуют появление, как правило, вечером или ночью приступообразного лающего кашля и затрудненного вдоха. При развитии крупа следует немедленно вызвать врача, оказать неотложную помощь: создать спокойную обстановку, обеспечить приток свежего воздуха, дать теплое щелочное питье, провести отвлекающие местные процедуры (ножные ванны, горчичники на верхнюю часть грудной клетки). Эффективны ингаляции теплого влажного воздуха. После оказания экстренной помощи показана срочная госпитализация. При развитии удушья немедленно проводят ИВЛ.

При острой дыхательной недостаточности помощь заключается в проведении оксигенотерапии, респираторно-ингаляционной терапии, ИВЛ.

Оксигенотерапия является наиболее эффективным способом, с помощью которого можно ликвидировать или уменьшить артериальную гипоксемию (низкое содержание кислорода в крови).

Используются различные способы оксигенотерапии, которую проводят длительно от нескольких часов до не-

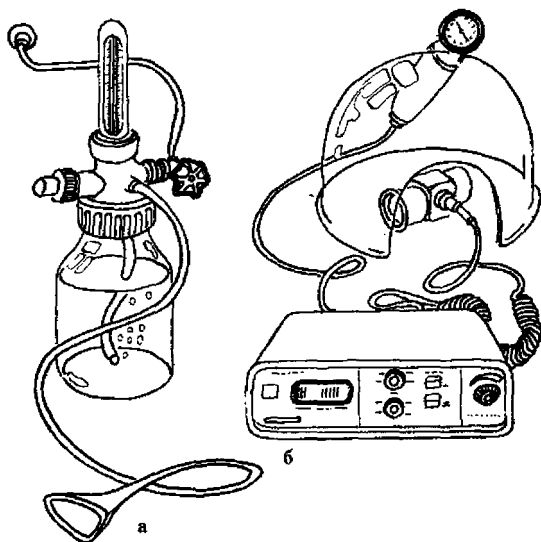


Рис. 35. Аппараты для оксигенотерапии.
а — увлажнитель и дозатор кислорода; б — автоматический регулятор кислорода во вдыхаемом воздухе.

скольких суток непрерывно при постоянной концентрации кислорода во вдыхаемом воздухе, равной 24—44 %. Важнейшее условие оксигенотерапии — соблюдение правил асептики. При применении носовых катетеров (стерильных) лучше использовать двойные изогнутые канюли из мягкого пластика с двумя короткими надставками, которые вводят в носовые ходы и фиксируют с помощью лейкопластыря. Подаваемый кислород обязательно должен быть увлажнен, для чего его пропускают через стерильную воду. Кроме того, используют лицевые маски, создающие определенную концентрацию кислорода. Кислородные палаты малопригодны для контролируемой оксигенотерапии. Более распространены пластмассовые колпаки и тенты для головы. Они могут быть снабжены дозатором кислорода (подсасывающее устройство), обеспечивающим определенную его концентрацию (рис. 35).

Респираторно-ингаляционная терапия заключается в проведении вспомогательной искусственной вентиляции легких (ВИВЛ) в сочетании с ингаляционной терапией. ВИВЛ проводят с помощью прессоциклических

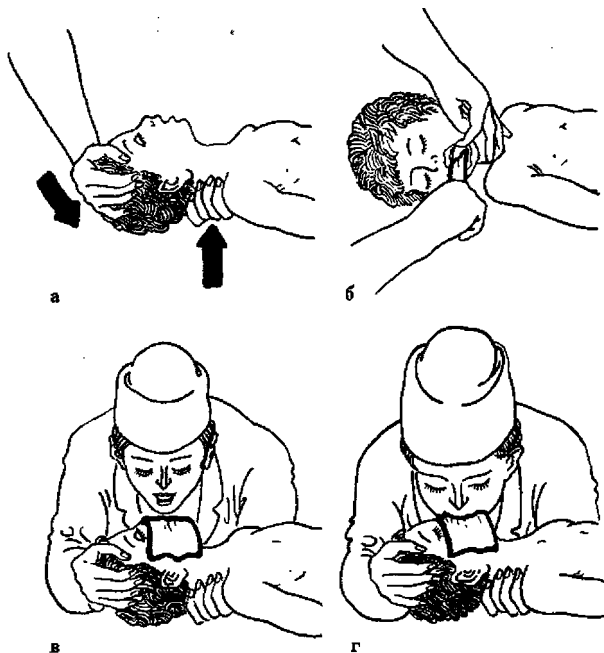


Рис. 36. Техника искусственной вентиляции легких.
Объяснение в тексте.

респираторов типа "Хиролог-1", "Bird-Mark-8", "Пневмат". Первые два аппарата снабжены системой "откликивания" на собственное усиление вдоха больного и дают возможность осуществлять ВИВЛ в триггерном режиме. Данный метод позволяет проводить направленную оксигенотерапию, ингаляции аэрозолей в режиме положительного давления в конце выдоха. Особое значение респираторно-ингаляционная терапия имеет в профилактике и лечении послеоперационных легочных осложнений.

Искусственная вентиляция легких используется для поддержания газообмена в организме. Для проведения этой процедуры ребенка необходимо уложить на спину с откинутой назад головой, чтобы улучшить проходимость дыхательных путей; расстегнуть одежду, стесняющую грудную клетку. Если в полости ротоглотки имеются рвотные массы или слизь, то их удаляют при помощи

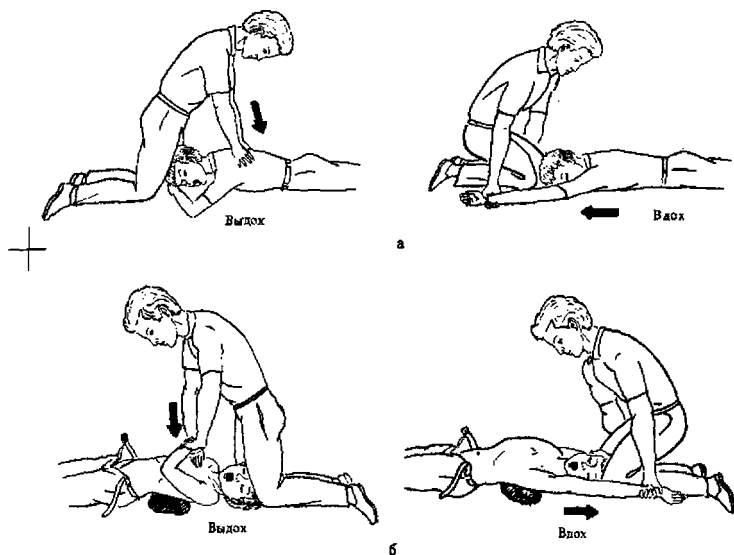


Рис. 37. Ручные методы искусственного дыхания, а — метод Холгера—Нильсена; б — метод Сильвестра.

электроотсоса. Содержимое из полости рта можно удалить также пальцем, салфеткой и т.п.

Для обеспечения свободной проходимости дыхательных путей голову больного максимально запрокидывают кзади, при необходимости фиксируют язык (рис. 36, а, б). Одну руку подкладывают под шею, вторую кладут на лоб и проводят ИВЛ способом "изо рта в рот" (рис 36, в) или "изо рта в нос" (рис. 36, г). При ИВЛ первым способом проводящий манипуляцию делает глубокий вдох, плотно прижимает свой рот ко рту ребенка и вдвует воздух, при этом нос зажимают I и II пальцами. Выдох происходит пассивно вследствие эластического строения грудной клетки ребенка. При способе "изо рта в нос" воздух вдвуют через носовые ходы. При обоих способах вдыхать через рот и нос надо через платок или марлю. Частота ИВЛ должна быть не менее 40 вдуваний в минуту у новорожденных и 20 — у детей старшего возраста.

Если пострадавший ребенок находится без сознания и у него разможено лицо или он болен полиомиелитом, бешенством, СПИДом, столбняком, то ИВЛ проводят с

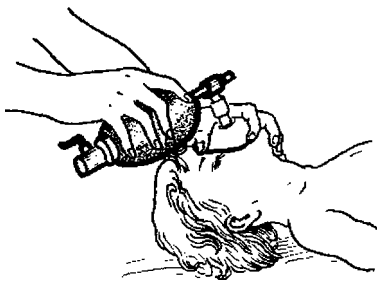


Рис. 38. ИВЛ при помощи дыхательного мешка с маской.

помощью метода Холге-ра — Нильсена (рис. 37, а) или Сильвестра (рис. 37, б). Частота надавливаний на лопатки (грудину) у детей школьного возраста 16—20 в минуту, а у детей дошкольного возраста — 20—30 в минуту до появления самостоятельного дыхания или прибытия врача.

В условиях стационара для поддержания искусственного дыхания используют дыхательный мешок с маской (типа Амбу). Мешок снабжен клапаном, который при надавливании на мешок автоматически закрывается, и весь воздух через маску поступает больному. Маска должна плотно охватывать нос и рот больного (рис. 38). ИВЛ осуществляют ритмичным надавливанием на мешок с интервалом около 2 с для пассивного выдоха.

Критериями эффективности ИВЛ являются движения (экскурсии) грудной клетки при вдохе, "дыхательный" шум при выдохе, исчезновение синюшности и мраморности кожных покровов. Вопрос о целесообразности продолжения ИВЛ ручным методом или подключении больного к аппарату искусственного дыхания решает врач.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. В чем заключаются особенности ухода и соблюдения санитарно-гигиенического режима у больных с заболеваниями органов дыхания?

1. Как проводят туалет носа?

3. В чем состоит помощь при попадании инородного тела в носовые ходы и дыхательные пути?

4. В чем заключается помощь при одышке, кашле?

5. Как проводится постуральный дренаж?

6. В чем состоит уход за ребенком с плевральными болями?

7. Какова должна быть доврачебная помощь при крупе?

8. В чем состоит уход за ребенком, больным гриппом?

9. Как проводить оксигенотерапию ребенку с дыхательной недостаточностью?

10. В чем заключается техника ИВЛ?

УХОД И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Основными элементами ухода за детьми с заболеваниями сердечно-сосудистой системы являются следующие: создание физического покоя, соблюдение режима, правильного питания, водного рациона, а также применение лекарственных средств.

Режим для детей с сердечно-сосудистыми расстройствами назначает врач в зависимости от тяжести заболевания и степени сердечно-сосудистой недостаточности: строгий постельный (1а), постельный (1б), полупостельный (2).

При строгом постельном режиме ребенок не должен вставать с кровати, уход за ним осуществляется только в постели. Ребенка лучше положить на функциональную кровать, чтобы в случае необходимости можно было создать удобные для него положения. Обычно это положение полусидя. Мероприятия по личной гигиене, кормление ребенка проводят в постели. Физиологические отправления осуществляются с помощью подкладных суден и мочеприемников (уток).

Больной, которому назначен постельный режим, может сидеть в кровати, принимать пищу за прикроватным столиком. Физиологические отправления осуществляются сидя на горшке около кровати.

Полупостельный режим расширяет двигательный режим ребенка. Вначале разрешают принимать пищу за столом в палате, а затем в столовой; физиологические отправления осуществляются в туалете. Разрешаются прогулки с ограничением движений.

Помещение, где находится больной, должно быть просторным, светлым, хорошо проветриваться. Температура воздуха в помещении не должна превышать 18—20 °С. Некоторые больные, особенно с врожденными пороками сердца, периодически нуждаются в оксигенотерапии. Таких больных необходимо помещать в палаты с централизованной подачей кислорода.

При длительном постельном режиме возможно развитие пролежней, поэтому необходим тщательный уход за

кожей. Ежедневно кожу протирают раствором спирта с теплой водой, или одеколоном, или камфорным спиртом. Постель должна быть удобной, мягкой, ее необходимо часто перестилать, устраняя складки, удалять крошки с простыни. Купание больного в ванне возможно только с разрешения врача. При тяжелом состоянии ребенка тело обтирают теплой водой в постели. Одежда должна быть легкой, не сдавливать грудную клетку.

Необходимо строго соблюдать лечебно-охранительный режим, в палате и прилегающих помещениях следует обеспечивать полную тишину. Медицинские сестры должны следить за соблюдением постельного режима, осуществлять транспортировку детей на процедуры и исследования, следить за общим состоянием детей, их пульсом и частотой дыхания.

Питание должно быть полноценным, с большим содержанием витаминов С и группы В, ограничением соли. Обязательно регистрируют количество выпитой жидкости и диурез¹. В пищевом рационе (диета № 10) несколько ограничивают белки и жиры. Пищу принимают 4—5 раз в день, последний прием — не позже чем за 3 ч до сна. Если ребенок в качестве лечения принимает глюкокортикоидные гормоны, то он должен дополнительно получать продукты, богатые солями калия: изюм, курага, чернослив, картофель, капуста и т.д.

Измерение пульса и артериального давления

Пульс исследуют двумя пальцами на лучевой, височной или сонной артериях (рис. 39). У детей до 1 года пульс обычно определяют на височной артерии, а у детей старше 1,5 лет отдают предпочтение исследованию пульса на лучевой артерии. Пульс определяют в покое (можно во время сна), подсчет ударов должен производиться в течение минуты. Если пульсовые толчки следуют один за другим через одинаковые промежутки времени, то такой пульс называется ритмичным. При неодинаковых промежутках времени между ударами говорят о неправильном ритме, или аритмии. В случае обнаружения аритмии необходимо сообщить об этом врачу. Данные о пульсе отмечают в температурном листе.

Артериальное давление измеряют с помощью

¹ Количество мочи, выводимой из организма за определенной промежуток времени.

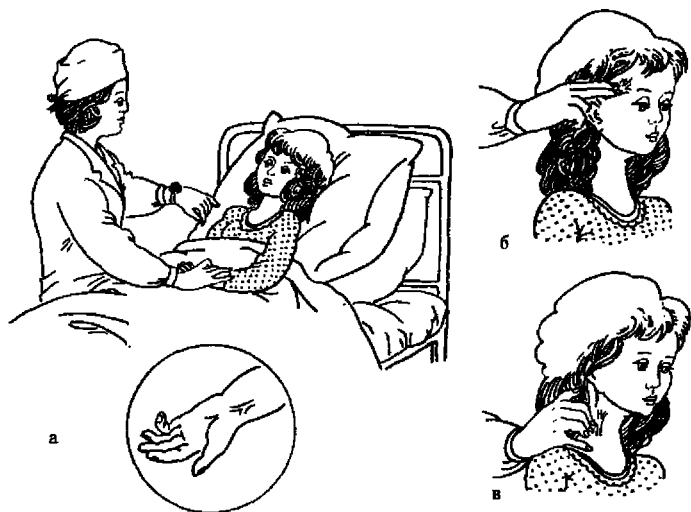


Рис. 39. Определение пульса,

а — на лучевой артерии; б — на височной артерии; в — на сонной артерии.

аппаратов с пружинными манометрами — тонометров и ртутных сфигмоманометров Рива-Роччи (рис. 40). Различают систолическое (максимальное) и диастолическое (минимальное) артериальное давление, т.е. давление крови на стенки сосудов во время систолы и диастолы. Нормальные величины артериального давления колеблются в зависимости от возраста детей, времени суток, состояния нервной системы и пр.

Для ориентировочного подсчета артериального давления (в миллиметрах ртутного столба) у детей старше 1 года можно воспользоваться следующими формулами:

$$\text{Систолическое} = 90 + 2 \cdot \text{и}$$

$$\text{Диастолическое} = 60 + \text{и}, \text{ где и — возраст в годах.}$$

Измерять артериальное давление можно в положении больного сидя или лежа после 5—10 мин отдыха. На обнаженное плечо выше локтевого сгиба плотно накладывают манжетку. Над местом пульсации локтевой артерии в области локтевого сгиба прикладывают фонендоскоп. Постепенно нагнетают баллоном воздух в манжетку, фиксируя момент, когда исчезнет звук пульсации крови в

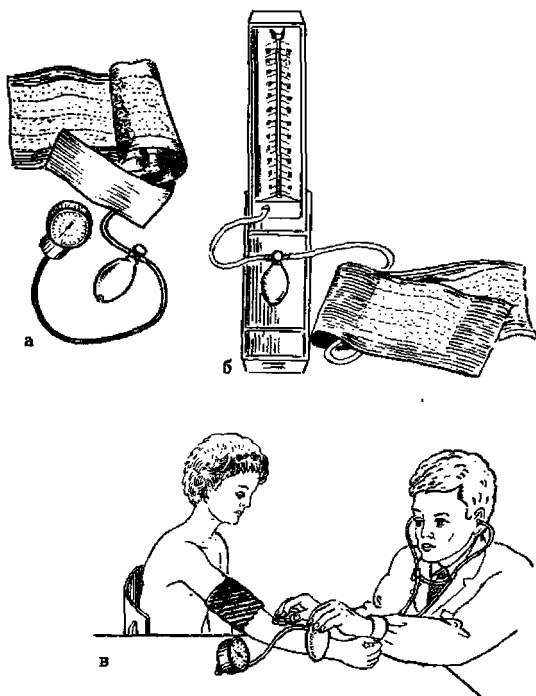


Рис. 40. Измерение артериального давления, а — тонометр; б — ртутный сфигмоманометр; в — правильное наложение манжетки.

сосуде. После этого делают еще несколько нагнетательных движений. Затем следует постепенно снижать давление в манжетке, приоткрыв вентиль баллона. В момент появления звуковых ударов регистрируют показатель манометра. Первый короткий, но довольно громкий звуковой удар соответствует величине систолического давления. При дальнейшем снижении давления в манжетке тоны постепенно ослабевают. Регистрируют также момент исчезновения звуковых ударов, характеризующий диастолическое давление.

Оказание неотложной помощи. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы у детей может довольно быстро развиться сердечная недостаточность с возникновением венозного застоя. У больного появляются сердцебиение, одышка, которые требуют оказания помощи.

При одышке больному помогают принять удобное

сидячее положение, благодаря чему облегчается дыхание. Для этого под спину подкладывают несколько подушек или приподнимают головную часть функциональной кровати. Ребенку с одышкой обеспечивают максимальный приток свежего воздуха либо дают кислород, одновременно освобождают его от стесняющей одежды, тяжелого одеяла.

Появление острых сердечно-сосудистых нарушений требует оказания неотложной помощи.

Обморок — остро возникающая недостаточность кровоснабжения головного мозга, выражается внезапной кратковременной потерей сознания. До прихода врача ребенка укладывают горизонтально или с несколько опущенным головным концом. Обеспечивают свободное дыхание: расстегивают воротник, пояс, расслабляют одежду. Широко открывают окна и двери для доступа свежего воздуха. Лицо и грудь опрыскивают холодной водой. Дают вдохнуть нашатырный спирт, для чего смоченную вату подносят к наружным носовым ходам. Тело энергично растирают, затем согревают грелками, нижнюю половину туловища и нижние конечности укутывают теплым одеялом. При отсутствии эффекта вводят лекарственные средства (подкожно кофеин, кордиамин). Если эти мероприятия малоэффективны, то начинают ИВЛ.

При коллапсе, развивающемся вследствие острой сосудистой недостаточности и сопровождающемся быстрым падением артериального давления с нарушением кровоснабжения прежде всего мозга и сердца, состояние больного внезапно ухудшается, появляются слабость, бледность, похолодание конечностей, озноб, нитевидный пульс, потеря сознания. Без оказания экстренной медицинской помощи больной может умереть. До прихода врача ребенка укладывают в горизонтальное положение, приподняв нижний конец тела, тепло укутывают, согревают грелками. Важно через каждые 30—60 мин подкожно вводить кофеин, поэтому срочно готовят набор для инъекций, систему для внутривенного вливания (может возникнуть необходимость введения, помимо кофеина, и других лекарственных средств).

Боль в области сердца редко отмечается у детей. Она может быть проявлением недостаточности кровоснабжения миокарда. Учитывая, что в генезе болей в области сердца существенная роль принадлежит психическому перенапряжению и расстройствам нервной регуля-

ции, основные мероприятия направлены на создание условий комфорта. С этой же целью используют настой валерианы, пустырника, капли валокордина или валосердина (количество капель соответствует годам жизни) и др.

Спазм венечных артерий как причина болей в области сердца у детей бывает исключительно редко. Для исключения данной патологии ребенку дают под язык нитроглицерин. На область сердца ставят горчичники, к ногам и рукам прикладывают грелки. С момента появления жалоб на боли в области сердца срочно приглашают врача.

Пароксизмальная тахикардия — аритмия в виде внезапно начинающихся и так же внезапно прекращающихся приступов тахикардии. Неотложная помощь показана в связи с возникающим внезапно расстройством функции миокарда: ребенок ощущает сильные и частые сердечные толчки, испытывает страх, сдавление в груди, боли в подложечной области. Частота сердечных сокращений в 2—3 раза превышает норму и может достигать 180—200 в минуту. Для снятия приступа используют приемы, вызывающие раздражение блуждающего нерва: надавливание на глазные яблоки, область сонной артерии, брюшную аорту, искусственное вызывание рвоты. Срочно сообщают врачу и готовят все необходимое для внутривенного введения лекарственных средств.

Остановка сердца возможна при некупирующемся приступе пароксизмальной тахикардии. В этом случае больному немедленно проводят ИВЛ, начинают закрытый массаж сердца. В это же время готовят аппаратуру и лекарственные средства (адреналин) для восстановления и стимуляции сердечной деятельности.

Техника непрямого (наружного) массажа сердца. Ребенка укладывают на стол или кровать с деревянным щитом. Врач или медицинская сестра становится сбоку от ребенка и одну руку ладонью кладет на нижнюю треть грудины, ладонной поверхностью другой руки надавливает на грудину с такой силой, чтобы она прогибалась по направлению к позвоночнику на 3—4 см (рис. 41). Сердце сдавливается между грудиной и позвоночником, при этом кровь поступает из сердца в сосуды — аорту и легочную артерию. У детей старшего возраста частота надавливаний на грудную клетку должна составлять не менее 70 в минуту, у новорожденных — 100—200. У новорожденных массаж сердца проводится двумя боль-

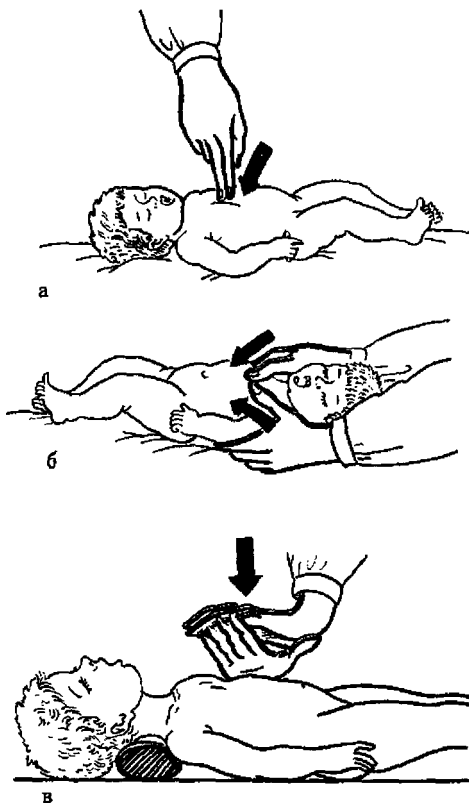


Рис. 41. Проведение непрямого массажа сердца новорожденному (а, б) и ребенку старшего возраста (в).

шими пальцами обеих рук или одной рукой, когда давление осуществляется указательным и средним пальцами. Ритмическое сдавливание грудной клетки у новорожденных и детей грудного возраста должно приводить к смещению грудины не менее чем на 1—2 см.

Об эффективности непрямого массажа сердца свидетельствуют появление пульса на сонных, бедренных и лучевых артериях, повышение артериального давления, восстановление самостоятельного дыхания, появление розовой окраски кожных покровов и видимых слизистых оболочек.

Одновременно с этим проводится ИВЛ.

1. Назовите правила санитарно - гигиенического режима детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
2. Какие лечебно-охранительные режимы назначают детям с сердечно-сосудистыми заболеваниями?
3. Что необходимо сделать ребенку с одышкой и сердцебиением?
4. В чем заключается помощь больному в состоянии обморока?
5. Какие мероприятия помогают вывести ребенка из коллапса?
6. В чем заключается доврачебная помощь ребенку с болями в области сердца?
7. Какая неотложная доврачебная помощь оказывается при пароксизмальной тахикардии?
8. Какие мероприятия необходимо проводить при остановке сердца?
9. В чем заключается техника непрямого массажа сердца?

Глава 14

УХОД И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Первостепенной задачей ухода за детьми с заболеваниями желудочно-кишечного тракта является наряду с соблюдением лечебно-охранительного режима организация лечебного питания и водного рациона. Серьезное внимание уделяют тщательному уходу за полостью рта и функционированию кишечника.

Тяжелобольные находятся на строгом постельном режиме. Этих больных кормят в положении лежа с несколько возвышенным головным концом с ложки, небольшими порциями. Шею и грудь закрывают либо салфеткой, либо пеленкой. Жидкую пищу дают из поильника.

Дети, которые находятся на полупостельном режиме, принимают пищу в столовой. Пища должна быть вкусно приготовленной, теплой; стол аккуратно сервируют необходимыми предметами и приборами. После окончания приема пищи медицинская сестра следит, чтобы каждый больной полоскал рот. Если ребенок не может выполнить

эту процедуру самостоятельно, то медицинская сестра обрабатывает ребенку полость рта каким-либо дезинфицирующим раствором. При появлении признаков воспаления десен (кровоточивость, припухлость) используют противовоспалительные антигингивитные средства: гель алоэ, корсодил и др.

Особое внимание обращают на симптомы, свидетельствующие о поражении желудочно-кишечного тракта. Основными симптомами являются диспепсические расстройства (тошнота, рвота, отрыжка, понос и др.) и боли в животе.

Тошнота представляет собой неприятное ощущение в подложечной области, нередко сопровождается побледнением, слюноотделением. Тошнота часто предшествует рвоте. При тошноте больного успокаивают, дают выпить полстакана воды с 2—3 каплями нашатырного спирта.

Рвота у детей возникает часто, особенно в раннем возрасте. Она является признаком многих заболеваний желудочно-кишечного тракта, инфекционных болезней, патологии центральной нервной системы и др. У детей первых месяцев жизни рвота обуславливается избыточным кормлением или заглатыванием воздуха (аэрофагия). Иногда встречается жвачка (руминация), когда ребенок срыгивает, пережевывает и повторно проглатывает пищу. Рвота является сложным рефлекторным актом, когда при возбуждении рвотного центра происходит выбрасывание рвотных масс через пищевод, глотку, рот, иногда носовые ходы. От рвоты необходимо отличать срыгивания, которые характеризуются выбросом пищи из пищевода или желудка без напряжения мышц брюшного пресса. При возникновении рвоты необходимо максимально облегчить состояние ребенка, помочь ему. Больного удобно усаживают, закрывают грудь полотенцем, пеленкой или клеенкой, ко рту подносят чистый лоток либо ставят на пол у ног тазик, ведро. Ослабленным больным, находящимся в лежачем положении, следует повернуть голову набок, чтобы она была ниже туловища, поднести лоток. Под голову такого ребенка подкладывают вчетверо сложенное полотенце, чтобы исключить загрязнение постельного белья.

После рвоты необходимо прополоскать рот теплой водой, тщательно вытереть губы и утлы рта, убрать с кожных покровов тела попавшие частицы рвотных масс.

У ослабленных больных полость рта протирают салфеткой или ваткой, смоченной теплой водой или дезинфицирующим раствором, например светло-розовым раствором перманганата калия или 2 % раствором гидрокарбоната натрия. С целью прекращения рвоты ребенку желательно дать выпить холодной воды, проглотить кусочки льда, принять внутрь несколько мятных капель или 2—3 мл 1 % раствора новокаина.

Рвотные массы оставляют до прихода врача, при необходимости направляют в лабораторию в чистой посуде с широким горлом, указав сведения о больном и цель исследования. Рвота "кофейной гущей" свидетельствует о желудочно-кишечном кровотечении. В этих случаях оказывают соответствующую доврачебную помощь и срочно вызывают врача. В дальнейшем медицинская сестра (младшая медицинская сестра) остается наблюдать и ухаживать за ребенком, периодически информирует врача о состоянии больного.

Отрыжка воздухом иногда обусловлена заглатыванием его во время еды (аэрофагия), особенно у детей раннего возраста. Чаще всего отрыжка указывает на повышенное давление в желудке. Детям с отрыжкой следует есть медленно, небольшими порциями, тщательно пережевывая пищу, что позволяет избежать переполнения желудка.

Изжога — ощущение жжения по ходу пищевода, обусловленное забросом в последний кислого желудочного содержимого. Для облегчения состояния больного необходимо дать ребенку антацидные препараты в суспензии (маалокс, ремегель и др.), или щелочной воды, но не чая. После приема пищи ребенок должен находиться в вертикальном положении 20—30 мин. Необходимо исключить из питания те продукты, которые могут способствовать изжоге, например черный хлеб, кисель, варенье, острые, жареные блюда, пряности.

Икота — неприятное и довольно изнуряющее явление. У маленьких детей икота может быть вызвана переохлаждением (мокрые пеленки), перееданием, поэтому требуется обращать внимание на соблюдение элементов ухода и правил вскармливания грудных детей. У более старших детей икота может возникнуть при испуге, проглатывании твердой пищи, что приводит к спастическим сокращениям диафрагмы и пищевода. Чтобы прекратить икоту, левой рукой крепко зажимают нос, держа в это время в правой



Рис. 42. Введение газоотводной трубки.

руке стакан с водой. Ребенок пьет воду маленькими глотками, непрерывно, не вдыхая воздуха. Когда станет вовсе невмоготу, можно разрешить вдохнуть. По всем правилам, после этого икота должна пройти. Если этого не случилось, процедуру повторяют, но уже с большей выдержкой. При икоте центрального генеза по назначению врача используют лекарственные средства — галоперидол, седуксен.

Метеоризм — вздутие живота, возникающее вследствие усиленного газообразования и замедленного продвижения газов по кишечнику. Иногда наблюдается при усиленном заглатывании воздуха и чрезмерном употреблении в пищу черного хлеба, молока, картофеля, бобовых, квашеной капусты. Уменьшают или полностью снимают метеоризм прием активированного угля по 0,5—1 таблетке 2 раза в день, смекты, эспумизана, клизмы с настоем ромашки. Детям раннего возраста и лежащим больным вводят газоотводную трубку (рис. 42).

Запор — задержка стула в течение 2 сут (48 ч) вследствие замедленного опорожнения кишечника. Различают атонические и спастические запоры. Первые возникают при ослаблении кишечной мускулатуры и перистальтики, вторые — при повышении тонуса мышц в отдельных участках толстой кишки. Для оказания помощи детям с атоническими запорами из пищи исключают легкоусвоя-

емые продукты (сметану, каши и т.п.) и назначают диету, содержащую большое количество растительной клетчатки (капусту, свеклу, чернослив, черный хлеб из муки грубого помола). Таким детям противопоказан сидячий образ жизни. Выбатывают ежедневный рефлекс на опорожнение кишечника, используют массаж живота, дают лекарственные средства (ферментные препараты, желчегонные и др.). В отдельных случаях рекомендуют послабляющие средства, в основном растительного происхождения (рenvень, кору крушины), реже солевые (20 % раствор сульфата магния по 1 чайной ложке натощак). Следует помнить о необходимости подбора индивидуальной дозы слабительных для детей.

Из рациона детей, страдающих спастическими запорами, исключают грубую пищу, богатую клетчаткой. Рекомендуется больше двигаться, приучаться к опорожнению кишечника в определенное время. Назначают лекарственные средства, успокаивающие нервную систему (валериана, бромиды). При упорных запорах ставят очистительные клизмы.

Понос (диарея) — наиболее часто возникает при кишечной инфекции и связан с действием патогенных микроорганизмов и усиленной перистальтикой кишечника. Реже наблюдается при кишечном дисбактериозе, недостаточности поджелудочной железы, хроническом энтерите. Наличие в каловых массах большого количества слизи, крови, как правило, указывает на поражение толстой кишки.

Ребенку для испражнений выделяют отдельный горшок, который оставляют до врачебного осмотра в прохладном месте. Каловые массы отправляют в лабораторию для исследований. При подтверждении кишечной инфекции больного переводят в инфекционное отделение или помещают в отдельный бокс. Проводят текущую дезинфекцию. Горшки, подкладные судна дезинфицируют.

С момента появления поноса необходимо давать ребенку дополнительное количество жидкости, чтобы избежать дегидратации (обезвоживание). Лечение детей, у которых выявлены признаки обезвоживания, включает применение раствора, приготовленного из солей для пероральной регидратации (СПР). СПР часто поступает в пакетах. Ингредиенты, содержащиеся в пакете (регидрон и др.), размешивают в 1 л питьевой воды. При отсутствии

пакетов СПР раствор для пероральной регидратации может быть приготовлен из солей и Сахаров непосредственно в домашних условиях или отделении. На 1 л кипяченой воды необходимо 3,5 г хлорида натрия (обычная соль), 20 г глюкозы безводной или 22 г глюкозы моногидрата или 40 г сахарозы (обычный сахар), 2,5 г бикарбоната натрия (пищевая сода), 1,5 г хлорида калия. Сахар и соли должны быть полностью растворены. При отсутствии бикарбоната натрия и хлорида калия можно обойтись без них. Свежий раствор СПР готовят ежедневно в чистой посуде. Посуду с раствором следует держать закрытой. Остатки раствора, приготовленного накануне, следует вылить. Необходимо давать после каждого жидкого стула 50—100 мл раствора СПР ребенку в возрасте до 2 лет, 100—200 г — детям старше 2 лет.

При поносе неинфекционного генеза назначают легкоусвояемую диету с большим количеством белка, витаминов С и группы В, жидкости. Не рекомендуют молоко и молочные продукты, жирное, жареное, растительную клетчатку. Детей следует подмывать после каждого опорожнения, смазывать вазелином или детским кремом кожу вокруг анального отверстия.

Появление дегтеобразного стула или крови в стуле указывает на желудочно-кишечное кровотечение. Даже при хорошем самочувствии ребенка срочно укладывают в постель, вызывают врача.

Боль в животе — самый частый и наиболее характерный признак острого или обострения хронического заболевания желудочно-кишечного тракта у детей. При появлении болей необходима консультация врача, до прихода которого ребенка следует уложить в постель. Обращают внимание на поведение ребенка во время приступа болей, положение в постели: оно может быть вынужденным (коленно-локтевое, на боку, с согнутыми ногами и т.п.). Применение грелок или лекарственных средств, снимающих болевой приступ, противопоказано, так как это может затруднить правильную диагностику, привести к ошибке. Запрещается также до прихода врача давать слабительные средства и ставить клизмы.

Копростаз — скопление каловых масс в дистальных (нижних) отделах тонкой кишки или толстой кишке. Копростаз сопровождается схваткообразными болями в животе. Неотложная помощь заключается в назначении сифон-

ной клизмы и лекарственных препаратов (но-шпа, папаверин).

Помощь ребенку с острым гастритом. Заболевание встречается у детей любого возраста и возникает вследствие алиментарных погрешностей (переедание, недоброкачественная пища, нарушения режима питания), при токсикоинфекциях, приеме некоторых лекарственных препаратов (бромиды). Ребенку назначают строгий постельный режим, промывают желудок 0,5—1 % раствором натрия гидрокарбоната, изотоническим раствором натрия хлорида, минеральной или теплой водой. Делают сифонную клизму или дают слабительные (магния сульфат из расчета 1 г на 1 год жизни в 50—100 мл воды). На подложечную область кладут грелку, на живот — согревающие компрессы. Назначают обильное питье, диету, адсорбирующие средства (активированный уголь), антибактериальные и спазмолитические средства.

Помощь при травмах брюшной стенки. Причины травм брюшной полости у детей разнообразны — занятия спортом, бытовые, падения, автокатастрофы. Травма проявляется болями в животе различной степени выраженности. При сильных болях могут быть обмороки. Неотложная помощь состоит в назначении холода на область живота. Следует обязательно вызвать врача.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Каковы основные симптомы заболеваний желудочно-кишечного тракта?
2. В чем заключаются особенности питания детей при заболеваниях желудочно-кишечного тракта?
3. Как следует кормить тяжелобольного с поражением органов пищеварения?
4. В чем состоит уход за больным при рвоте?
5. Как помочь детям при тошноте, отрыжке?
6. Что необходимо сделать при изжоге, икоте у ребенка с заболеванием желудочно-кишечного тракта?
7. В чем заключаются мероприятия по борьбе с метеоризмом?
8. Как помочь больным, страдающим запорами?
9. Как помочь ребенку при поносе?
10. Какая должна быть оказана помощь ребенку с болями в животе?
11. Как приготовить раствор для пероральной регидратации?
12. В чем состоит помощь ребенку с острым гастритом?

УХОД И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Болезни почек и мочевыводящих путей у детей встречаются часто. Основной контингент неврологического отделения — больные с инфекцией мочевой системы (пиелонефрит, цистит); дети, страдающие гломерулонефритом, интерстициальным нефритом, нарушениями водно-солевого обмена.

Важной составной частью лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей являются диета, водный и солевой режим.

При нефрите в первые дни острого периода из пищи больного полностью исключается соль (бессолевая диета), ограничивают продукты, богатые натрием. Исключается мясо (диеты № 7, 7а или БЗ, Б2). Указанная диета назначается на срок 1—1,5 мес и расширяется осторожно по мере улучшения состояния ребенка. Дети плохо адаптируются к бессолевой пище, поэтому необходимо помнить, что настойчивое стремление заставить ребенка есть может только усугубить отрицательное отношение к еде. Сестра должна объяснять детям, а порой и родителям, необходимость соблюдения назначенной врачом диеты. В медицинской карте стационарного больного указывают допустимый объем жидкости и допустимое количество поваренной соли, которое можно дать больному ребенку в течение суток.

При заболеваниях мочевыводящих путей, напротив, показано обильное питье, включающее соки, слабоминерализованные щелочные минеральные воды. Исключают острые, копченые, жареные блюда. При обменных нефропатиях в зависимости от характера метаболических нарушений ограничиваются те или иные продукты (диеты № 6 и 14).

В случае необходимости у больного ребенка определяют диурез. Измерение суточного диуреза с учетом выпитой за сутки жидкости позволяет судить о водном балансе организма. Мочу за сутки собирают в специальную стеклянную посуду, затем переливают в градуированный стеклянный цилиндр и измеряют ее количество. Данные о

количестве выпитой жидкости и выделенной мочи ежедневно записывают в специальную тетрадь (или непосредственно в медицинскую карту стационарного больного), указывая время, количество выпитой и выделенной жидкости, количество пищи, кала. Помимо измерения диуреза, больных с отечным синдромом необходимо ежедневно взвешивать.

При заболеваниях мочевыводящих путей тщательно следят за чистотой промежности, для чего проводят ежедневные подмывания. Девочки для этой цели используют биде, а лежащих больных подмывают не менее 2 раз в сутки. Для этого под больного подкладывают клеенку, подводят судно и предлагают согнуть в коленях и развести ноги. Из кружки Эсмарха, снабженной резиновой трубкой и наконечником (или из кувшина), направляют на промежность струю воды или слабого раствора перманганата калия. Одновременно стерильным ватным шариком, зажатым корнцангом или длинным пинцетом, производят несколько движений в направлении от половых органов к заднему проходу. Другим ватным шариком осушают кожу промежности, ведя шарик в том же направлении.

Необходимо помнить, что дети старшего возраста нуждаются лишь в контроле за осуществлением ими гигиенических процедур, а дети младшего возраста — в непосредственной помощи медицинской сестры при подмывании.

Наряду с охранительным режимом и диетой применяют лекарственную терапию. В лечении больных с патологией мочевой системы используются одновременно несколько препаратов, поэтому важно обеспечить их своевременный и правильный прием. Сестра должна знать, к какой группе препаратов относятся наиболее часто применяемые лекарственные средства, имеют ли они побочные действия и как эти действия проявляются. Это особенно важно при приеме больными гормональных препаратов, цитостатиков, диуретиков и т.д. Очень важно, чтобы ребенок принял лекарственный препарат в присутствии медицинской сестры.

Особенности ухода за детьми с заболеваниями почек и мочевыводящих путей определяются характером того или иного заболевания.

У больных нефритом нужно следить за пульсом, измерять артериальное давление, проверять зрение. Если ребенок жалуется на головную боль или ухудшение зре-

ния, отмечаются изменения в поведении ребенка, то об этом необходимо вовремя сообщить лечащему врачу, заведующему отделением или, при их отсутствии, — дежурному врачу.

При почечной недостаточности, если ребенок находится на постельном режиме, необходимо тщательно следить за состоянием его кожи и принимать меры по профилактике пролежней: менять простыни, обрабатывать кожу дезинфицирующими растворами. Назначают полоскание рта 2 % раствором гидрокарбоната натрия и не менее 2—3 раз в неделю проводят гигиеническую ванну.

Очень важно, чтобы больной своевременно опорожнял мочевой пузырь и кишечник. Необходимо следить за соблюдением ограничений в режиме.

Особое внимание уделяют одежде ребенка. У больных нефритом одежда должна быть из натуральных тканей, следует надевать шерстяное белье или шерстяной пояс на поясницу. Серьезное внимание обращают на предупреждение простудных заболеваний — следует избегать сквозняков, общения с больными гриппом, ангиной.

При недержании мочи (энурез), если ребенок находится в постели, то ему подкладывают резиновое судно или дают мочеприемник (стеклянный или эмалированный). Для ходячих больных существуют специальные мочеприемники из эластичного материала.

Большинство детей, страдающих энурезом, остро переживают свое состояние, стараются скрыть свой недуг от окружающих, и им необходимы особое внимание и чуткость. Высказанные вслух замечания по поводу мокрой постели, выражение безразличия на лице персонала, насмешки вызывают озлобленность у ребенка и способствуют развитию комплекса неполноценности.

Мочеприемники необходимо ежедневно мыть горячей водой с мылом и для уничтожения запаха мочи ополаскивать слабым раствором хлористоводородной кислоты или перманганата калия.

Если ребенок не контролирует мочеиспускание, используют памперсы, чистые пеленки или специальные мочеприемники. Не реже двух раз в день обмывают кожу половых органов и заднего прохода теплой водой с мылом или слабым (чуть розоватым) раствором перманганата калия и обсушивают марлевым тампоном.

При ночном недержании мочи под простыню подкладывают клеенку, а к ребенку за ночь необходимо подходить несколько раз.

Острая задержка мочи — состояние, когда при переполненном мочевом пузыре ребенок не может самостоятельно помочиться, несмотря на частые мучительные позывы. У детей острая задержка мочи иногда возникает вследствие спазма сфинктера мочевого пузыря либо при различных заболеваниях мочеполовой системы (при вульвовагините¹, баланопостите², фимозе³, травме уретры и пр.).

Некоторые дети не могут помочиться в необычных условиях: в горизонтальном положении, в присутствии других людей. Задержка мочи может возникать вследствие боязни болей при мочеиспускании (после проведения цистографии, цистоскопии).

При острой задержке мочи кладут теплую грелку на область лобка или сажают ребенка в теплую ванну. Иногда рефлекс на мочеиспускание вызывается звуком воды, вытекающей из крана. Если эти меры неэффективны, то следует провести катетеризацию мочевого пузыря.

Задержку мочи необходимо дифференцировать от анурии; при последней отсутствует позыв к мочеиспусканию и в мочевом пузыре нет мочи. Помощь таким больным осуществляется под контролем врача.

Почечная колика развивается при внезапном возникновении препятствия на пути оттока мочи из почечной лоханки. Причины почечной колики разнообразны: камни почек, прохождение по мочеточнику конгломерата плотных кристаллов, перегиб мочеточника и пр. Доврачебная помощь состоит в проведении тепловых процедур (горячие компрессы и грелки на область поясницы, общие горячие ванны) при отсутствии противопоказаний. Обязательно вызывают врача.

¹ От лат. *vulva* — наружные половые органы женщины, *gīna* — влагалище; вульвовагинит — воспаление женских половых органов и влагалища.

² От греч. *balanos* — головка полового члена, *posthion* — крайняя плоть; баланопостит — воспаление кожи головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти.

³ От греч. *phimosis* — замыкание, закрытие отверстия — патологическое сужение отверстия крайней плоти, не позволяющее обнажать головку полового члена.

1. Каковы особенности питания детей при заболеваниях почек и мочевыводящих путей?
2. Какой водно-солевой режим показан детям с заболеваниями почек?
3. Как осуществляется контроль за диурезом?
4. За какими клиническими показателями осуществляет контроль медицинская сестра при заболеваниях почек и мочевыводящих путей?
5. В чем заключается уход за больным ребенком с недержанием мочи?
6. Как оказать доврачебную помощь больному при острой задержке мочи?
7. Как помочь ребенку при почечной колике?
8. В чем заключается уход за ребенком с вульвитом?
9. Как осуществляется помощь ребенку с почечной недостаточностью?

Глава 16

УХОД И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ПОВЫШЕННОЙ КРОВОТОЧИВОСТЬЮ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ

В детском возрасте нередко встречаются заболевания, протекающие с повышенной кровоточивостью, а также болезни органов кроветворения. Вне зависимости от причин кровоточивости больные дети должны находиться на строгом постельном режиме и быть под постоянным контролем медицинской сестры. Питание детей осуществляется только в палате. Свободное передвижение больных в отделении или самостоятельное посещение туалета допустимо только с разрешения врача. Транспортировка детей для обследования, например в кабинет функциональной диагностики, осуществляется только с помощью каталки. У детей не должно быть острых, режущих или колющих предметов. При уборке в палатах, коридоре пол необходимо не только тщательно мыть, но и насухо вытирать, чтобы никто из больных не поскользнулся, так как падение может дополнительно привести к кровоизлиянию в суставы или внутренние органы, например большой мозг. В отделении, где находятся дети с повышенной кровоте-

чивостью, постоянно должна проводиться профилактика травм.

При появлении у ребенка кровотечения любой локализации медицинская сестра должна вызвать врача и оказать доврачебную помощь.

Помощь при носовом кровотечении. Причины носового кровотечения разнообразны: травмы (удар, повреждение слизистой оболочки и т.п.), различные заболевания как неинфекционного (тромбоцитопеническая пурпура, геморрагический васкулит, гемофилия, лейкоз, гиповитаминозы С, К и др.), так и инфекционного (корь, коклюш, грипп, сепсис, респираторные вирусные инфекции и т.д.) характера, местные заболевания носоглотки (полипы, аденоиды, инородные тела и др.), повышение артериального давления.

Носовое кровотечение может быть незначительным (в виде примесей крови к слизистым выделениям) или профузным (когда кровь поступает не только наружу, но и внутрь — в глотку и полость рта). У ребенка возникают кашель, рвота. В таких случаях следует исключить легочное и желудочное кровотечение.

Ребенка успокаивают, усаживают в полусидячее положение с запрокинутой головой. На переносицу кладут лед или марлю, смоченную в холодной воде. В большинстве случаев носовое кровотечение останавливается самопроизвольно или при помощи так называемых домашних средств (покой, введение ватки, смоченной перекисью водорода). Продолжающееся носовое кровотечение можно остановить сильным прижатием крыльев носа к носовой перегородке в течение 2—3 мин и более. Дыхание происходит через рот. Кровь, попавшую в рот, ребенок должен сплевывать.

При отсутствии эффекта от предпринятых мероприятий при продолжающемся носовом кровотечении производят тампонаду носа — переднюю или заднюю. Передняя тампонада (рис. 43) производится наиболее часто, так как носовое кровотечение более чем в 90 % случаев связано с повреждением сосудов переднего отдела перегородки носа. Вставляют марлевые турунды длиной около 50 см, пропитанные 3 % раствором перекиси водорода, вазелиновым маслом или кровоостанавливающими средствами (раствором тромбина, гемофирина). Для тампонады требуется 2—3 турунды. Вместо марлевых турунд можно вво-

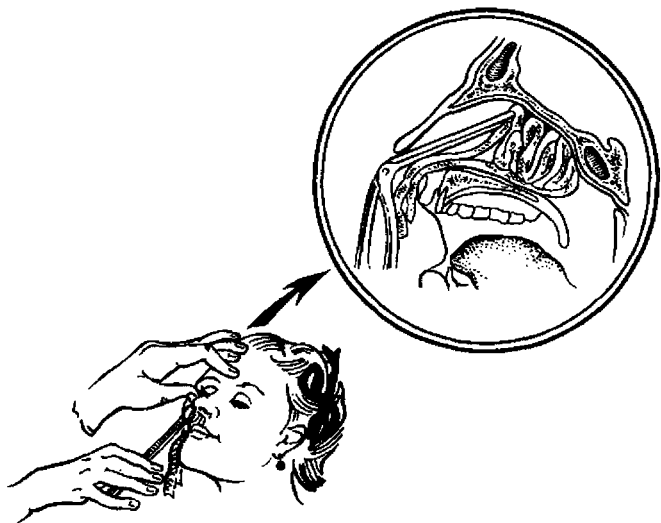


Рис. 43. Остановка кровотечения из носа передней тампонадой.

лить в полость носа сухой тромбин, кровоостанавливающую губку, фибриновую пленку. На затылок кладут лед. Одновременно внутрь назначают 5 % раствор аминокaproновой кислоты, дицинон, витамины С, К. Тампон может находиться в носу не более 36—48 ч. Перед удалением тампона его необходимо тщательно отмочить перекисью водорода. После удаления тампона в нос закапывают масло (облепиховое, персиковое, оливковое). Если кровотечение после выполнения передней тампонады носа продолжается, то следует провести заднюю тампонаду.

Помощь при кровотечении из полости рта. Кровотечение из полости рта может возникнуть после удаления зуба, механических повреждений или при воспалительных заболеваниях слизистой оболочки и др.

При массивном кровотечении, например вследствие повреждения артерий или крупных вен, кровотечение приобретает характер профузного. Такое кровотечение опасно осложнениями — асфиксией, массивной кровопотерей. Больного необходимо положить лицом вниз либо на бок. Полость рта освобождают от крови или кровяных сгустков и внимательно осматривают. При кровотечении из альвеолы (лунки) удаленного зуба на нее накладывают

тампон и просят больного плотно прижать его зубами. Для тампонады лунки удаленного зуба используют марлевые турунды, смоченные 3 % раствором перекиси водорода, или гемостатические губки. Перед кормлением тампон удаляют, ребенок получает пищу в холодном, полужидком и протертом виде.

Помощь при кровотечении из слухового прохода. Марлю, сложенную в виде конуса или воронки, вводят в ухо. На ухо накладывают нетугую марлевую повязку.

Помощь при легочном кровотечении. Причиной кровотечения у детей могут быть инфекционные заболевания (ОРВИ, грипп, корь, коклюш), инородные тела дыхательных путей, травма грудной клетки, прием лекарственных препаратов (ацетилсалициловая кислота, препараты йода), аскаридоз, бронхолегочные заболевания и др. При появлении примеси крови в мокроте (кровохарканье) ребенка следует успокоить, освободить от одежды, стесняющей дыхание. Ему придают полусидячее положение, запрещают двигаться, разговаривать, натуживаться. Следует обеспечить приток свежего воздуха, для чего широко открывают окна. Выделение значительного количества чистой крови из дыхательных путей свидетельствует о легочном кровотечении и требует особого внимания со стороны окружающих, прежде всего медицинского персонала. Помимо льда, показаны лекарственные средства, уменьшающие кашель. Должно проводиться лечение основного заболевания.

При травме грудной клетки, когда повреждаются легочная ткань, сосуды легких, появляются боль в груди, кашель с выделением кровянистой мокроты. Больному рекомендуют глотать мелкие кусочки льда, пить холодную воду маленькими порциями. Показана срочная госпитализация в специализированное отделение.

Помощь при желудочно-кишечном кровотечении. Признаками кровотечения являются рвота и стул с примесью крови. Кровавая рвота является симптомом кровотечения из пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Иногда в рвотных массах может оказаться кровь, проглоченная ребенком при нераспознанном носовом или легочном кровотечении. При массивном кровотечении в рвотных массах преобладает алая и неизменная кровь. При несильном кровотечении кровь длительное время остается в желудке, подвергаясь воздействию хлористоводородной

(соляной) кислоты, приобретает темную окраску. В этом случае возникает рвота "кофейной гущей".

Кровавый стул появляется при кровотечениях как из верхних, так и из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Наличие свежей или алой крови позволяет предположить, что источник кровотечения находится недалеко от заднего прохода — в нижних отделах толстой кишки. При кровотечениях из слепой, восходящей и поперечной ободочной кишки стул приобретает темно-бордовую или красновато-коричневую окраску.

При кровотечениях из желудка и тонкой кишки, в частности двенадцатиперстной, стул черного цвета, дегтеобразный — мелена. Одновременно может быть рвота "кофейной гущей".

Во всех случаях кровотечения из желудочно-кишечного тракта ребенка необходимо уложить в постель, так как даже небольшое кровотечение может перейти в профузное. Следует обеспечить абсолютный покой, ребенку не разрешают подниматься с постели. Больной должен лежать на спине. На верхнюю половину живота кладут пузырь со льдом. Вызывают врача.

В первые часы после кровотечения следует воздержаться от приема пищи, иногда ребенку дают глотать мелкие кусочки чистого льда. В дальнейшем больной принимает пищу в холодном и жидком виде: молоко, сметана, сливки, яичные белки, сливочное масло, тщательно протертое овощное пюре с измельченным мясом или рыбой. Через 2—3 дня диету расширяют — назначают диету № 1а.

Осуществляется строгий индивидуальный уход. Медицинская сестра следит, чтобы мочеприемник и подкладное судно ребенку подавали только в постель.

Помощь при маточных кровотечениях. При маточных кровотечениях необходимо строгое соблюдение постельного режима. При обильном кровотечении на нижнюю половину живота кладут один или два пузыря со льдом. Медицинская сестра следит за состоянием прокладок, меняет их, если они обильно смочены. Для установления объема кровопотери прокладки в течение суток несколько раз взвешивают, чтобы определить разницу между сухой и промокшей прокладкой. Девочку следует подмывать 2—3 раза в день.

Помощь при почечном кровотечении. О кровотечении свидетельствует гематурия — выделение крови с мочой.

Гематурия может быть видимой невооруженным глазом (макрогематурия) или различима лишь при микроскопии (микрогематурия). Причинами почечного кровотечения являются воспалительные заболевания (нефрит, цистит), травмы мочевыделительной системы, камни почек и др. Обеспечивают строгий постельный режим. Ребенок мо- чится в мочеприемник. Медицинская сестра следит за цветом мочи (красная моча или цвета "мясных помоев"), отмечает наличие сгустков или свежей крови.

Помощь при гематомах и кровоизлияниях в суставы. На- значают строгий постельный режим. Транспортировка больного осуществляется только на каталке. При необхо- димости проводят иммобилизацию — создание неподвиж- ности поврежденного сустава или конечности (гипсовая повязка, шина).

Уход за детьми с малокровием. Принимают во внимание возраст больного и степень тяжести анемии. При недоста- точности железа в крови больные должны проводить много времени на свежем воздухе, получать полноценное питание, богатое микроэлементами: свежие фрукты, овощи, мясо, печень и т.п. Вводят препараты железа.

При острой анемии, возникающей вследствие кровоте- чения, используют механические способы — наложение жгута, давящих повязок, прижатие кровоточащих сосудов, тампонада носа и пр. На место кровотечения накладывают гемостатическую губку или фибринную пленку.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. В чем заключаются особенности ухода и наблюдения за детьми с повышенной кровоточивостью?
2. Как остановить кровотечение из носа?
3. В чем заключается техника тампонады носовых ходов?
4. Что необходимо сделать при кровотечении из альвеолы удаленного зуба?
5. В чем заключается помощь при кровотечении из слухового прохода?
6. В чем состоят помощь и уход за больными с легочным кровотечением?
7. Что следует предпринять при кровотечении из желудочно-кишечного тракта?
8. В чем заключается уход за девочками при маточном кро- вотечении?

9. За чем должна следить медицинская сестра при почечном кровотечении у ребенка?

10. В чем заключается помощь ребенку при кровоизлиянии в сустав?

Глава 17

УХОД ЗА ДЕТЬМИ, БОЛЬНЫМИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Острые кишечные инфекции — группа заболеваний желудочно-кишечного тракта, возбудителями которых являются патогенные энтеробактерии (шигеллы, сальмонеллы, эшерихии) и кишечные вирусы (ротавирусы, энтеровирусы). Кишечные инфекции распространяются пищевым путем (через зараженные продукты и воду), а также контактным путем, через обсемененные предметы окружающей среды — игрушки, посуду, полотенца и пр.

Огромное значение в организации помощи детям, больным острыми кишечными инфекциями, имеет ранняя диагностика и своевременная изоляция больного. В основном применяют две формы изоляции больных: госпитализация и изоляция на дому. При госпитализации доставка больного ребенка в инфекционный стационар осуществляется специальным транспортом, который в дальнейшем подвергается дезинфекции.

Инфекционная больница в отличие от соматической имеет ряд особенностей. Устройство и принципы работы этого учреждения подчинены, в частности, задаче предупреждения распространения инфекций, прежде всего внутрибольничных. Для разобщения больных детей помещают в боксы системы Мельцера. Вещи больного складывают в мешки и отправляют для дезинфекции. В дальнейшем их хранят на складе до выписки пациента.

Важным этапом ухода за больным с кишечной инфекцией является строгое соблюдение санэпидрежима, направленное на предупреждение внутрибольничной реинфекции (наслоение инфекции, вызванной другим возбудителем). Тщательно 2—3 раза в день проводят влажную уборку помещения с применением водно-мыльного раствора. Предметы ухода, постельное белье, пеленки обрабатывают 0,5 % раствором хлорамина в течение 30 мин.

Дети, перенесшие острые кишечные инфекции, выписываются из стационара после исчезновения всех клинических симптомов и обязательного однократного отрицательного контрольного бактериологического исследования, проведенного не ранее чем через два дня после окончания лечения. Проводят санитарную обработку помещения, используя принципы заключительной дезинфекции.

Острая кишечная инфекция характеризуется появлением симптомов интоксикации (слабость, вялость, снижение аппетита, подъем температуры) и признаков поражения желудочно-кишечного тракта: приступообразные боли в животе, повторная рвота, частый жидкий стул. При преимущественном поражении толстой кишки отмечаются патологические примеси в стуле в виде зелени, мутной слизи, при дизентерии — крови. Вовлечение в патологический процесс тонкой кишки характеризуется водянистой диареей, что нередко приводит к потере большого количества жидкости и развитию обезвоживания (эксикоза). Кожа и слизистые оболочки ребенка становятся сухими, глаза западают, появляется жажда. Язык сухой, обложен густым белым налетом. Ребенок мало мочится (изменяется диурез). Особенно опасно обезвоживание для детей грудного возраста, так как водно-электролитные нарушения у них развиваются очень быстро и приводят к необратимым последствиям. При тяжелых формах кишечных инфекций могут отмечаться сердечная недостаточность, судороги и потеря сознания, представляющие особую опасность для жизни ребенка.

Основными элементами ухода за детьми, больными кишечными инфекциями, являются рациональное питание, борьба с обезвоживанием, своевременное назначение противовоспалительной (антибиотики, бактериофаги) и патогенетической (энтеросорбенты, биопрепараты) терапии.

Диетотерапия при острых кишечных инфекциях (ротавирусная инфекция, эшерихиозы) может быстро привести к нормализации стула, так как в основе этих заболеваний лежит нарушение процессов переваривания пищи и всасывания ее ингредиентов.

Вскармливание детей грудного возраста в остром периоде заболевания проводится осторожно, без насилия. При тяжелом течении болезни рекомендуется дозирован-

ное питание, когда возрастной объем грудного молока уменьшается наполовину. При отсутствии грудного молока назначают смеси — заменители женского молока также в уменьшенной разовой (суточной) дозе: по 30—50—70 мл смеси через 2 ч. В последующие дни увеличивают объем питания и промежутки между приемами пищи: по 60—70 мл через 2 ч, по 80—90 мл через 3 ч, по 100—120 мл через 3 ч. Предпочтение отдают кисломолочным продуктам — кефиру, ацидофильной "Малютке", низколактозным и соевым смесям ("Нутри-соя", "Хумана — СЛ", "А 1-110" и др.).

Кормить ребенка нужно из бутылочки, небольшие количества пищи лучше давать ложечкой. При рвоте или отказе ребенка от еды можно кормить детей пипеткой с тупым концом. Смесь следует капать из пипетки на корень языка, чтобы облегчить ее прохождение. При тяжелых кишечных инфекциях для кормления детей используют назогастральный зонд. После кормления ребенка нельзя оставлять одного, необходимо следить, чтобы срыгивание и рвота не привели к аспирации (попаданию пищевых комков в гортань и бронхи). Грудных детей следует 10—15 мин после кормления держать на руках вертикально, а затем класть в кровать на бок.

Детям старшего возраста в первые сутки болезни объем питания уменьшают на 25 %, назначают механически и химически щадящую диету, преимущественно кисломолочные продукты, каши, слизистые супы, творог. К 4—5-му дню возрастное питание детей восстанавливается.

Помощь при обезвоживании. На фоне диетотерапии проводится пероральная регидратация с целью борьбы с обезвоживанием и восстановления водно-электролитных нарушений. Для регидратации применяется глюкозосолевой раствор "Регидрон" из расчета 50—80 мл в 1 ч в течение первых 6 ч лечения и 80—100 мл/кг массы тела ребенка при сохраняющихся потерях в жидкости в течение суток. Объем введенной жидкости должен быть равен объему жидкости, которую ребенок теряет со стулом (при водянистой диарее), рвотой и при лихорадке (потери при потоотделении). Поить ребенка следует из пипетки или ложечкой, дробно — по 5—10 мл глюкозосолевого раствора каждые 5—10 мин. Для питья можно использовать слабый, слегка подслащенный чай, морковный отвар, 5 %

раствор глюкозы. Продолжение рвоты не является противопоказанием для регидратации.

При отсутствии эффекта от регидратационной терапии, нарастании симптомов эксикоза на фоне продолжающихся потерь жидкости со стулом и рвотой проводят инфузионную терапию: внутривенно капельно вводят 10 % раствор глюкозы, раствор Рингера, реополиглюкин, 10 % раствор альбумина, гемодез. Обязательным является введение калия в виде 7,5 % раствора хлорида калия. Расчеты объема жидкости и необходимых электролитов делает врач. Инфузионная терапия должна проводиться в процедурном кабинете или в палате интенсивной терапии. Используют одноразовые системы — капельницы. Требуется внимательное отношение медицинского персонала к больному, так как возможно развитие различных осложнений: повышение температуры тела, озноб, одышка, учащение сердцебиения (тахикардия), аллергические реакции, неврологические нарушения и пр. При появлении их внутривенное введение жидкости должно быть прекращено.

Помощь при рвоте проводят по методике, указанной выше. Кроме того, при инфекционных заболеваниях желудочно-кишечного тракта эффективно назначение энтеросорбентов, оказывающих также противорвотное действие. Применяют такие энтеросорбенты, как смекта, полифепан и др. Эти препараты обладают обволакивающими, адсорбирующими и антисекреторными свойствами, что приводит к выведению из организма микробов, токсинов, различных метаболитов и способствует нормализации стула. Смекту назначают внутрь, 1 пакетик следует развести в U_2 стакана воды. Детям до 1 года — 1 пакетик в день; от 1 года до 2 лет — 2 пакетика в день, старше 2 лет — 2—3 пакетика.

Этиотропная терапия включает назначение химиопрепаратов или антибиотиков, а также специфических бактериофагов (дизентерийных, сальмонеллезных) при легких формах болезни. Применяют внутрь фуразолидон, полимиксин, невивграмон, гентамицин, реже левомицетин. Курс лечения составляет 5—7 дней. При улучшении состояния больного на фоне нормализации температуры, урежения стула и исчезновения патологических примесей с 3—4-го дня болезни расширяют диету, как в количественном, так и в качественном отношении, добавляя ферментативные препараты (фестал, мезим-форте, панзи-

норм, креон) и настои трав: зверобоя, ромашки, коры дуба, черемухи. Для приготовления настоя берут одну чайную ложку лекарственной травы, заливают ее стаканом кипятка, настаивают 30—40 мин, затем процеживают. Ребенку дают по одной чайной ложке 4 раза в сутки.

Медицинские сестры, работающие в инфекционном отделении с детьми, больными острыми кишечными инфекциями, должны строго соблюдать санитарно-гигиенический режим, который предусматривает своевременное обеззараживание выделений больного, дезинфекцию его белья, посуды, игрушек; соблюдение личной гигиены; умение брать биологический материал на анализы. При подтверждении диагноза острого кишечного заболевания обязательно проводятся дезинфекционные мероприятия в очаге (табл. 6).

Часто у детей, больных кишечными инфекциями, появляются опрелости, поэтому ребенка нужно часто подмывать с последующим смазыванием кожных складок детским кремом или растительным маслом, которое надо предварительно прокипятить. Чтобы предупредить метеоризм, требуется часто переворачивать ребенка. Для профилактики стоматита после каждого приема пищи детям нужно полоскать рот теплой водой и не реже 2 раз в день чистить зубы.

Помощь больным вирусным гепатитом. Вирусные гепатиты — группа острых и хронических заболеваний печени, вызываемых вирусами гепатита А, В, С, D, Е. Наиболее часто у детей встречается вирусный гепатит А, который протекает циклично. Источник инфекции — больной человек и вирусоносители. Заболевание передается через пищу, воду (контактно-бытовым путем). Гепатиты В и С передаются через кровь, при инъекциях (трансфузионным путем). В первые дни заболевания (преджелтушный период) характерны слабость, недомогание, снижение аппетита, тошнота, рвота, боли в животе, реже отмечаются повышение температуры до субфебрильных цифр — 37,2—37,5 °С, насморк, кашель. В желтушный период, начиная с 7—10-го дня, появляется желтушная окраска кожи и склер.

Боли в животе локализуются в правом подреберье. В зависимости от тяжести заболевания интенсивность и продолжительность желтухи бывает различна (в среднем 2 нед). Период выздоровления длится до 6 мес. Госпитали-

Таблица 6. Дезинфекционные мероприятия и средства,

Инфекционное заболевание	Выделения больного (кал, моча, рвотные массы)	Посуда из-под выделений	Посуда для еды	Остатки пищи
Брюшной тиф	Сухая хлорная известь; 200 г на 1 л - 60 мин	1 % раствор хлорной извести, 1 % раствор хлорамина — 30 мин	1 % раствор хлорамина, 1 % раствор хлорной извести, 0,5 % раствор ДТСГК - 60 мин {с остатками пищи); 0,5 % раствор хлорамина, 0,5 % раствор извести — 30 мин (без остатков пищи)	Сухая хлорная известь: 200 г на 1 кг остатков — 60 мин
Дизентерия и другие острые кишечные инфекции	То же	То же	То же	То же
Вирусный гепатит	То же	3 % раствор хлорамина ^ % раствор хлорной извести — 30 мин; 1 % раствор хлорамина — 60 мин	3 % раствор хлорамина, 3 % раствор хлорной извести, 1 % раствор ДТСГК — 60 мин (с остатками пищи)	То же

зации подлежат дети до 1 года, независимо от формы и тяжести болезни. Больные старшего возраста с легкими и безжелтушными формами могут лечиться дома при условии возможности их изоляции и создания необходимого санэпидрежима.

Уход за больным вирусным гепатитом состоит в соблюдении рациональной диетотерапии (диета № 5, печеноч-

применяемые в очаге острых кишечных заболеваний

Предметы ухода и игрушки	Белье больного (нательное, постельное)	Ванные комна- ты, санузлы	Уборочный материал
0,5 % раствор хлорамина, 0,5 % раствор хлорной извес- ти — 30 мин	0,2 % раствор хлорамина — 60 мин (не за- грязненное вы- делениями); 1 % раствор хлорамина — 4 ч (загрязнен- ное выделе- ниями)	1 % раствор хлорамина, 0,5 % раствор ДТСГК	1 % раствор хлорамина — 60 мин, 0,5 % раствор хлор- ной извести — 4 ч
То же	То же	То же	То же
3 % раствор хлорамина, 3 % раствор хлорной из- вести, 1 % раствор ДТСГК	3 % раствор хлорамина — 30 мин; 1 % раствор хлор- амина — 60 мин	3 % раствор хлорамина, 3 % раствор хлорной извес- ти — 60 мин	3 % раствор хлорамина — 30 мин

ный стол), витаминотерапии и при необходимости — выполнении рекомендаций по дезинтоксикационной терапии. Очень важно обеспечить в острый период постельный режим, ограничить физические нагрузки. Медицинская сестра обязана следить за соблюдением строгого постельного режима в течение всего периода желтухи.

Ребенку, больному вирусным гепатитом, положено 5—

6-разовое питание в день. Большая часть суточного рациона белков в остром периоде заболевания вводится с молочными и растительными продуктами. Детям до 3 лет дополнительно назначают до 100 г творога ежедневно, старшим — до 300 г. Из диеты исключают жирные, острые, соленые блюда. Запрещают консервы, маринады, копчености, пряности. Не разрешаются шоколад, пирожные, орехи. Рекомендуются каши, овощные и фруктовые блюда, творог, отварное мясо, рыба, яйцо. Очень важен адекватный питьевой режим: компоты, соки, чай, минеральные воды боржом, эссентуки № 4 и № 17. Минеральную воду комнатной температуры без газов употребляют по U_2 —1 стакану 3 раза в день за 30 мин до еды.

Для парентерального введения лекарственных средств используются только одноразовые шприцы, так как повторное использование простерилизованных стеклянных шприцев у больных вирусным гепатитом всегда сохраняет угрозу передачи инфекции.

Специфической терапии при вирусном гепатите не требуется. Дополнительно ребенок получает комплекс витаминов, в том числе аскорбиновую кислоту, при выраженной желтухе — желчегонные препараты (холосас, холензим и др.).

У больного должны быть индивидуальные предметы ухода, посуда, полотенце и пр. Больные наиболее опасны как источники инфекции в преджелтушный и желтушный периоды. После изоляции больного контактные дети подлежат карантину на 35 дней, в период которого они наблюдаются врачом и медицинским персоналом. Особое внимание уделяется выявлению первых признаков преджелтушного и желтушного периодов: измеряется температура, проводится осмотр кожи и слизистых оболочек, оценивается цвет мочи и кала. Моча у больного вирусным гепатитом из-за присутствия пигмента становится темной, пенистой (типа "пива"), стул, наоборот, лишается окраски, обесцвечивается, становится белым, глинистой консистенции. В группу карантина не включаются новые дети.

С профилактической целью контактными детям проводят пассивную иммунизацию нормальным человеческим иммуноглобулином: от 1 года до 10 лет вводят 1 мл, старше 10 лет — 1,5 мл однократно внутримышечно не позже

5—6-го дня после возникновения первого случая заболевания.

В очаге вирусного гепатита проводится текущая, а по окончании карантина — заключительная дезинфекция. Одежда, матрацы, вещи больных обрабатываются в дез камере.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. В чем заключаются особенности ухода за детьми, больными острыми кишечными инфекциями?
2. Как следует кормить ребенка грудного возраста с признаками острой кишечной инфекции?
3. Как проводится пероральная регидратация у ребенка с частым жидким стулом и рвотой?
4. В каких случаях проводится инфузионная терапия у детей, больных острой кишечной инфекцией?
5. Как назначают смекту детям до 1 года, старше 1 года?
6. Какие меры по предупреждению распространения инфекции принимают при поступлении больного ребенка в бокс инфекционного стационара?
7. В чем заключаются особенности ухода за детьми, больными вирусным гепатитом?
8. Какие режимные ограничения следует выполнять ребенку, больному вирусным гепатитом?
9. В чем заключается карантин для детей, контактировавших с больным вирусным гепатитом?

Глава 18

УХОД И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛЕЗ ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ

Нарушения деятельности желез внутренней секреции вызывают серьезные заболевания, связанные с избыточной продукцией какого-либо гормона или недостаточной его выработкой. Гормоны в свою очередь определяют функции многих органов, обмен веществ, физическое и умственное развитие ребенка, рост организма, половое созревание. Наибольшее распространение имеют такие эндокринные болезни, как сахарный диабет, гипер- (ти-

реотоксикоз) и гипофункция (гипотиреоз) щитовидной железы, ожирение. К сожалению, заболеваемость детей сахарным диабетом и ожирением в последние годы неуклонно растет. Это обусловлено неправильным образом жизни (гиподинамия, гипоксия), нерациональным питанием (избыточное употребление жиров и рафинированных углеводов в ущерб грубоволокнистой клетчатке), а также нарушением иммунной реактивности.

При заболеваниях желез внутренней секреции важно обнаружить ранние симптомы заболевания, что можно сделать только при внимательном наблюдении за ребенком. У детей предвестниками сахарного диабета являются жажда, усиленное мочеиспускание, слабость, повышенная усталость, постоянный голод, потеря или, наоборот, прибавка массы тела. Порой клиническая картина болезни развивается незаметно, и к врачу обращаются только при появлении тяжелого состояния — диабетической комы. Ребенка в тяжелом состоянии доставляют в больницу с симптомами острого заболевания (боли в животе, тошнота, частая рвота и потеря сознания), и лишь после обследования выясняется, что у него сахарный диабет.

Для поражения щитовидной железы также характерна общая симптоматика. Дети, страдающие тиреотоксикозом, жалуются на головную боль, бессонницу, ослабление памяти, повышенную потливость, дрожь в руках, сердцебиение. У них наблюдаются субфебрильная температура и склонность к диарее. Важными признаками болезни являются увеличение размеров щитовидной железы (зоб) и пучеглазие. При гипотиреозе симптомы заболевания проявляются в течение первых 6 мес жизни. Несмотря на достаточную прибавку в массе, ребенок отстает в росте, физическом и психическом развитии. Типичны угрюмое выражение лица, отсутствие мимики, безразличие к окружающим, грубый хриплый голос, большой язык, выступающий изо рта, запоры.

Ожирение представляет собой патологическое состояние, при котором увеличивается отложение жира в подкожной жировой клетчатке, а масса тела превышает на 15 % и более возрастную норму. Различают первичное и вторичное ожирение. Первичное ожирение связано в большинстве случаев с переизбытком и малоподвижным образом жизни. Вторичное ожирение встречается реже и

развивается на фоне заболеваний желез внутренней секреции и нервной системы.

При подозрении на заболевание желез внутренней секреции нужна консультация эндокринолога, который назначает и контролирует лечение. В зависимости от тяжести заболевания ребенка лечат в больнице или дома, при этом очень высока роль медицинского работника в организации ухода, обучении и лечении больного.

При сахарном диабете принципиально важно соблюдение правильной диеты. Характер лечебного питания (диета № 9) зависит от многих факторов: возраста и массы тела ребенка, физической нагрузки, тяжести заболевания, уровня сахара в крови, тактики лечения, переносимости других углеводов, помимо глюкозы. Общие требования к диете больного диабетом следующие: пища должна содержать минимальное количество углеводов и жиров и быть богатой белками. Запрещаются сладости и сладкие пищевые продукты — мед, сахар, шоколад, халва, пирожные, торты, сладкие фрукты, сладкие напитки. Ограничивают также прочие богатые углеводами пищевые продукты — хлеб, булки, картофель, мучные изделия. В каждом конкретном случае их количество оговаривают отдельно. Необходимо не только строго соблюдать предписания врача, но и записывать, какие продукты и в каком количестве съедает ребенок. Сопоставляя пищевой рацион с результатами анализов крови и мочи на сахар, можно отрегулировать лечение и диету.

Поскольку лечение диабета у детей проводится в основном с помощью инъекций инсулина, по одному или по несколько уколов в день, родителей и детей старшего школьного возраста обучают самих делать инъекции (см. главу "Техника парентерального введения лекарственных средств"). Схему инсулинотерапии подбирают каждому больному с учетом режима питания, физических нагрузок, возраста и особенностей течения болезни.

В настоящее время в клинической практике используют два основных метода инсулинотерапии детей с ИЗСД. Метод I — традиционная инсулинотерапия. Дважды в сутки вводят только инсулин пролонгированного действия или с инсулином пролонгированного действия вводят инсулин короткого действия (простой инсулин). Метод II — интенсивная инсулинотерапия. С помощью утренней и вечерней инъекций инсулина пролонгированного дейст-

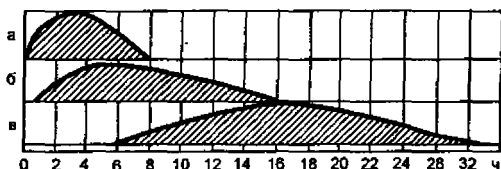


Рис. 44. Длительность действия препаратов инсулина, а — препараты короткого действия; б — средней длительности; в — длительного действия.

вия создают определенный фоновый (базисный) уровень инсулинемии между приемами пищи и в ночные часы, а за 30 мин (3—4 раза в день) вводят адекватную предстоящей пищевой нагрузке дозу простого инсулина. Максимально полное соответствие уровня экзогенно вводимого гормона уровню гликемии достигается только комбинацией инсулинов различных сроков действия и многократными инъекциями препаратов. Последние в настоящее время не представляют опасности, так как используются специальные шприцы (инсулиновые ручки) с атравматичными иглами. Режим интенсивной инсулинотерапии делает более свободной жизнь больного ребенка, улучшает ее качество.

Препараты инсулина делятся по длительности гипогликемического эффекта (рис. 44) на препараты короткого действия — от $\frac{1}{2}$ до 6—8 ч (актрапид, илетин, хумулин, хоморап), средней длительности действия — от 1 до 18—24 ч (протафан, актрофан, монотард-ленте-илетин, хумулин-ленте, хомафан), длительного действия — от 6—8 до 24—26 ч (ультраленте, ультратард, хумулин-ультралонг). Для проведения традиционной терапии используют смеси (миксты) препаратов инсулина (хумулин М₁, М₂, М₃ и МД в которых содержится соответственно 10, 20, 30 и 40 % простого инсулина в смеси с инсулином средней длительности действия. Их срок действия от $\frac{1}{2}$ до 20—22 ч. Флаконы с инсулином держат в холодильнике или в темном, прохладном месте. С целью профилактики постинсулиновых осложнений — липодистрофий (уменьшение или нарастание подкожной жировой клетчатки в местах инъекций) — препараты инсулина вводят подкожно с соблюдением определенных правил: инсулин вводят поочередно в различные участки тела (плечи, бедра, ягодицы, область живота и ниже лопатки); он должен быть

нагрет до температуры тела; после обработки кожи спирт должен испариться; препарат вводят медленно.

Доказано, что при подкожном введении инсулина в области живота значительно быстрее повышается концентрация препарата в крови и снижается уровень глюкозы, чем при введении препарата под кожу плеча или тем более бедра. Горячая ванна, грелка, воздействие солнечных лучей, массаж, усиленная работа мышц в области инъекции — все это ускоряет процесс всасывания гормона. Препарат следует вводить всегда на одну и ту же глубину и с одинаковой скоростью.

I Вводить инсулин следует в предписанной дозе, в фиксированное время и в строго предписанное место. Медицинская сестра отвечает за проведение контрольных замеров концентрации сахара в крови и в моче.

Если при сахарном диабете тщательно не лечиться, в крови накапливается много кетоновых тел, что приводит к серьезному осложнению, называемому диабетической или кетоацидотической комой. Предупреждающие признаки гипергликемии у больного сахарным диабетом: усиление мочеотделения, сухость во рту или липкая слюна, жажда, сильная усталость (сонливость), нарушения зрения, частое глубокое дыхание, боли в ногах и/или в животе, рвота. При этих симптомах медицинская сестра проверяет наличие запаха ацетона в воздухе, выдыхаемом из рта больного, каждые 2 ч исследуют содержание сахара в крови (экспресс-методом) и наличие кетоновых тел в моче. Больным назначают питье большого количества несладкой жидкости, ограничивают нагрузки (постельный или полупостельный режим).

Ошибочное введение избыточной дозы инсулина снижает сахар крови ниже нормы и может вызвать у ребенка гипогликемическую кому. Гипогликемию могут спровоцировать также недостаточное употребление углеводов после введения инсулина, высокие физические нагрузки.

Предупреждающими симптомами гипогликемии являются: бледность, смена настроений (агрессивность или депрессия), головокружение или спутанность мыслей, нервозность, обильное потоотделение, озноб, внутренняя дрожь, ощущение легкости тела или слабость, туман и двоение в глазах. В этом случае требуется немедленно определить содержание сахара в крови. Больному с гипо-

гликемией следует дать съесть кусочек сахара, выпить сладкий чай или сок, пепси-колу (не диетическую). Сахар поможет за несколько минут почувствовать себя лучше.

При правильном уходе и лечении у детей, больных сахарным диабетом, сохраняется хорошая работоспособность. Ребенку, страдающему диабетом, дается один дополнительный выходной день в школе в неделю. Рекомендуются ежедневная утренняя гимнастика, занятия физкультурой в подготовительной группе; спортивные тренировки и участие в соревнованиях запрещены.

Каждому больному диабетом выдается "паспорт диабетика", в котором указаны имя и фамилия больного, его адрес, диагноз, дозы инсулина и время введения препарата, результаты последних анализов крови и мочи на сахар. Этот паспорт должен быть у ребенка при себе. При случайной потере сознания паспорт диабетика помогает медицинскому персоналу оказать больному необходимую помощь. Поскольку ребенок может забыть паспорт дома, детям с тяжелой формой диабета рекомендуется носить постоянно на руке браслет с пластиной, на которой должны быть выгравированы имя и фамилия ребенка, его адрес и диагноз "диабет". В последние годы каждому больному выдается разработанная в рамках Сент-Венсенской декларации Европейских отделений ВОЗ и МДФ (Международный диабетический фонд) карточка наблюдения "Диабет", где фиксируются необходимая информация по лечению, результатам медицинских осмотров, контактные телефоны.

При тиреотоксикозе ребенок нуждается в спокойном окружении, покое, достаточном отдыхе, психологическом комфорте. Днем ребенок должен отдыхать не менее 1—1 1/2 ч. Если ребенок не спит, он должен просто лежать в постели. Чтение во время дневного отдыха запрещено. Важно избегать острой пищи, пряностей, копченостей, мясных супов и жареного мяса. Рекомендуются молочные продукты и вегетарианская пища. Важно тщательно выполнять все назначения врача-эндокринолога. Ребенка оберегают от физических и психических перенапряжений, проводят водные процедуры (обтирания водой комнатной температуры, душ).

Дети, страдающие гиперфункцией щитовидной железы, подлежат диспансерному наблюдению у эндокринолога. Если симптомы заболевания нерезко выражены, ребе-

нок посещает школу. В этих случаях его освобождают от внеклассной работы и уроков физкультуры, при необходимости выделяют дополнительный выходной день в неделю.

При гипотиреозе своевременно начатое лечение почти полностью обеспечивает восстановление физических и психических способностей ребенка. Необходимы постоянный медицинский контроль, индивидуальные занятия лечебной педагогикой, массаж, гимнастика. Требуется уход за сухой кожей, для чего используют увлажняющие гели и мази.

Дети с гипотиреозом малоподвижны, сонливы, всегда усталые, память у них ослаблена, они перестают справляться с учебой. Необходимо помнить, что медикаментозное заместительное лечение у таких больных продолжается в течение всей жизни.

При ожирении уход за больным ребенком заключается прежде всего в соблюдении строгой диеты. Физическая нагрузка, занятия спортом, бег и лечебная физкультура, несомненно, полезны, но они не могут уменьшить массу тела без соблюдения диеты. Необходимо терпение, так как положительные результаты зачастую удастся получить только через несколько лет.

Голодную диету детям назначать нельзя, так как растущий и развивающийся организм должен ежедневно получать необходимые пластические и питательные вещества: белки, жиры, углеводы, минеральные соли и витамины.

Основная задача лечебного питания (диета N° 8) — мобилизовать, вывести жиры из жировых депо организма и воспрепятствовать их новому отложению. Это обеспечивается понижением калорийности пищи. Отказываются от употребления в пищу легкоусвояемых углеводов (сахар, конфеты, шоколад, печенье, пирожные, торты, сладкие булочки), жиров (жирное мясо, ветчина, супы), избегают также мучной пищи, круп, бобовых, лапши, макарон и риса. Необходимо ограничить потребление хлеба и картофеля. Используют специальные хлебобулочные и кондитерские изделия со сниженным содержанием сахара и животного жира. Углеводы должны поступать в организм в виде овощей. Лучше кормить ребенка чаще, но малыми порциями. Препараты, снижающие аппетит, детям не назначают. В промежутках между приемами пищи ребенку не разрешают есть. Последний прием пищи должен про-

исходить не позднее чем за 2 ч до сна. Следует добиваться, чтобы диетическая пища была разнообразной и вкусной.

Необходимо приучать ребенка есть неторопливо, что способствует процессам переваривания пищи. Использование относительно маленькой тарелки при прочих равных условиях также способствует появлению чувства насыщения. Если склонный к ожирению или тучный ребенок спит днем, сон должен предшествовать приему пищи, а не следовать за ним.

Ребенка, находящегося на диете, необходимо настроить так, чтобы он сам сознательно помогал лечению.

Так как наиболее часто ожирение возникает в первый год жизни, необходимо своевременно обучать родителей правилам вскармливания грудного ребенка.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. В чем заключаются особенности ухода и наблюдения за детьми с заболеваниями желез внутренней секреции?
2. Какие клинические признаки указывают на возможность гипер- и гипогликемии у детей, больных сахарным диабетом?
3. В чем заключается диета для больного сахарным диабетом?
4. Какие документы должен иметь с собой ребенок, больной сахарным диабетом?
5. Что следует предпринять при организации ухода за больным ребенком с тиреотоксикозом, с гипотиреозом?
6. Что следует понимать под строгой диетой у ребенка с ожирением?

Глава 19

ПЕРВАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ И ОТРАВЛЕНИЯХ

Исход несчастных случаев и отравлений, особенно тяжелых и опасных, часто решается в течение нескольких минут после происшествия и зависит прежде всего от своевременности и качества первой помощи, которую получит пострадавший ребенок. Поэтому жизненно важно, чтобы медицинский работник, оказавшийся на месте несчастия или вблизи него, владел приемами быстрой и эффективной первой помощи.

И Оказывая первую помощь, всегда будьте осторожны и помните, что нельзя повредить тому, кому вы хотите помочь.

Первая помощь — только начало лечения. Она очень важна, но никогда не заменит квалифицированных действий врача-специалиста. В этой главе изложены принципы первой доврачебной помощи при несчастных случаях и отравлениях, за исключением тех ситуаций, которые описаны в других главах (наружный массаж сердца, методы искусственного дыхания, помощь при кровотечениях) или входят в программу ухода за больными детьми с травмами (ранения, сотрясения и ушибы головного мозга, переломы костей, вывихи суставов, травматический шок).

Помощь при ожогах (термические, химические). Тяжесть поражения зависит от глубины ожога и его распространенности. Тяжелыми считаются ожоги II—IV степени (с образованием пузырей и некрозом тканей), занимающие более 10 % поверхности тела ребенка, а у маленького 3—5 % (ладонь ребенка составляет 1 % поверхности тела). Распад тканей и развившаяся вследствие этого интоксикация могут явиться причиной ожогового шока. Первоначальный плач, беспокойство, возбуждение сменяются заторможенностью, сонливостью. Ребенок плохо реагирует на окружающее, кожа становится холодной, бледной, пульс учащен, возникают головная боль, тошнота, рвота.

Необходимо прекратить воздействие термического фактора: погасить одежду, убрать горячую грелку и т.д. После этого срочно снимают одежду с поврежденного участка тела (разрезают ножницами, не касаясь раневой поверхности). При неглубоких ожогах на 10—15 мин подставляют обожженные участки под струю холодной воды, используют таз с холодной водой. Пораженный участок тела натуго забинтовывают стерильным бинтом, при обширных поражениях — простыней, проглаженной горячим утюгом и смоченной этиловым спиртом (ментоловым спиртом, риванолом). Такие повязки уменьшают боль. Противопоказаны мази, присыпки, масляные растворы. После наложения повязки ребенка укладывают в кровать, укрывают теплым одеялом, на повязку кладут пузырь со льдом. Больному показано обильное питье. При тяжелых ожогах требуется немедленная госпитализация. При химических ожогах щелочью ожоговые раны промывают 2 %

раствором столового уксуса. Если повреждающим агентом была крепкая кислота, для ее нейтрализации используют слабый раствор бикарбоната натрия (1 чайная ложка пищевой соды на 200 мл воды).

Помощь при отравлении окисью углерода (угарным газом). Пострадавший ощущает головную боль, у него появляются тошнота, шум в ушах, частое поверхностное дыхание, боли в груди. Позднее возникают мышечная слабость, рвота. Тяжелое отравление сопровождается потерей сознания, развитием комы, судорог; может наступить смерть от паралича дыхательного центра.

Обеспечивают приток свежего воздуха. Дают нюхать ватный тампон, смоченный нашатырным спиртом, вдыхать кислород. При нарушении дыхания применяют искусственное дыхание. Дальнейшее лечение проводят по указанию врача-педиатра или врача скорой помощи.

Помощь при отравлении парами бензина, керосина. Дети жалуются на головную боль, головокружение, слабость, тошноту, рвоту. Отмечается запах бензина или керосина изо рта. Может появиться одышка, повышается температура тела. При проглатывании бывает ожог слизистой оболочки рта, пищевода, резкие боли в животе. Тяжелое отравление ведет к потере сознания, судорогам.

Пострадавшего выводят на воздух, периодически дают вдыхать кислород. При попадании бензина или керосина внутрь промывают желудок через зонд и вводят 50—100 мл вазелинового масла и 10—15 г активированного угля. Дают нюхать ватный тампон, смоченный нашатырным спиртом. По назначению врача парентерально вводят лекарства.

Помощь при отравлении этиловым спиртом. Отравление у детей наступает при приеме даже небольших доз алкогольсодержащих жидкостей. Симптомы интоксикации развиваются быстро. Возникает резкая слабость, неподвижность, пульс становится частым, снижается артериальное давление. Кратковременное возбуждение в начале отравления сменяется резким угнетением, потерей сознания с непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией, возникают судороги и коматозное состояние. Характерным диагностическим признаком является наличие запаха алкоголя изо рта.

Промывают желудок через зонд водой или 2—3 % раствором гидрокарбоната натрия. Внутри вводят солевое сла-

бительное (1 г на 1 год жизни). Вдыхание паров нашатырного спирта. Оксигенотерапия. В тяжелых случаях применяют искусственное дыхание, форсированный диурез (внутривенное введение жидкостей).

Помощь при отравлении ядовитыми грибами. У детей, особенно раннего возраста, возможно отравление и съедобными грибами. Кроме слюнотечения, тошноты, рвоты, коликообразных болей в животе, характерны жажда, малоподвижность (адинамия), головная боль, галлюцинации, потеря сознания, судороги. В дальнейшем после временного улучшения развивается клиническая картина печеночной и почечной недостаточности. Характерны нарушения зрения.

При подозрении на отравление грибами промывают желудок и кишечник взвесью активированного угля, карболена с помощью зонда или искусственно вызванной рвоты. Дают солевое слабительное, ставят повторные очистительные клизмы. После этих процедур ребенка необходимо тепло укрыть и обложить грелками, дать пить горячий чай, кофе. Пострадавшего максимально быстро доставляют в лечебное учреждение. Такие дети нуждаются в раннем парентеральном введении жидкостей, назначении сердечных средств. При неврологических нарушениях (отравление мухомором) подкожно вводят 0,1 % раствор атропина сульфата по 0,1—0,3 мл. При отравлении бледной поганкой показаны гемосорбция, заменное переливание крови.

Помощь при передозировке парацетамола, анальгина. Падение артериального давления и снижение температуры тела до субнормальных цифр. Урежение сердечных сокращений, синюшность кожных покровов (цианоз). Тошнота, иногда рвота, боли в животе.

Необходимо промывание желудка теплой водой. Ребенку дают солевое слабительное, обеспечивают покой, тепло. При неэффективности предпринимают меры интенсивной терапии в стационаре.

Помощь при передозировке снотворных средств (барбитураты и др.). При небольшой дозе у ребенка развивается глубокий сон, продолжающийся 2—3 сут. Дыхание поверхностное или нормальное. При большой дозе у ребенка постепенно теряется сознание, снижается артериальное давление, возникает цианоз кожи и слизистых оболочек. Развиваются бред, иногда судороги; зрачки сужены.

Желудок промывают взвесью активированного угля. Нужна оксигенотерапия. Ребенка срочно госпитализируют для проведения интенсивной терапии: внутривенное введение жидкостей, сердечные средства и тд.

Помощь при поражении электрическим током. Непроизвольное судорожное сокращение мышц, не позволяющее ребенку оторваться от источника тока. Электроожог (см. помощь при ожогах). Потеря сознания, расстройства дыхания и сердечной деятельности.

Ребенка освобождают от воздействия электрического тока. Пострадавшего необходимо уложить, укрыть теплым одеялом, освободить от стесняющей одежды, при возможности дать теплое питье. На обожженный участок тела накладывают стерильную повязку, смоченную полуспиртовым раствором. Если ребенок потерял сознание, ему дают нюхать нашатырный спирт и брызгают в лицо холодной водой. При отсутствии дыхания и остановке сердца необходимы реанимационные меры. Дальнейшую тактику лечения определяет врач.

Помощь при укусе змеи (гадюки). При укусе возникает жгучая боль. На коже видны четыре точечные ранки. В области укуса возникает отек. Зона боли и отека расширяется. При всасывании яда развиваются общие симптомы: слабость, сонливость, головная боль, тошнота, рвота; в более тяжелых случаях — судороги и потеря сознания.

Для щажения пораженной конечности на нее накладывается шина. Ребенку обеспечивают полный покой, дают обильное питье (вода, чай, молоко), выносят на руках и транспортируют в ближайшую больницу. Не следует бинтовать пораженную конечность выше места укуса, отсасывать яд, вырезать или выжигать кожу в месте укуса и т.д.

Помощь при укусах насекомых (пчелы, осы и др.). В месте укуса может возникнуть выраженная кожная аллергическая реакция: отек, покраснение, зуд, пузыри. Реже наблюдаются общие симптомы: распространенный отек, анафилактический шок, приступ астмы (у больных бронхиальной астмой).

Прежде всего удаляют жало, лучше при помощи пинцета. На место укуса нужно наложить компресс с полуспиртовым раствором или разведенным нашатырным спиртом (1:5), обработать фенистил-гелем. Лекарственную терапию проводят по назначению врача.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

- 1. В чем заключается первая помощь при ожогах?**
- 2. Какую помощь оказывают ребенку при отравлении угарным газом?**
- 3. Как помочь ребенку с алкогольным отравлением?**
- 4. В чем заключается помощь при отравлении ядовитыми грибами?**
- 5. Как помочь ребенку с передозировкой снотворных средств?**

ТЕХНИКА МЕДИЦИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ

Медицинские манипуляции являются составной частью ухода за больным ребенком. Некоторые манипуляции, например очистительные клизмы, применяются и у здорового ребенка. Выполнение простых манипуляций, таких как термометрия, транспортировка больного и др., можно поручить младшему медицинскому персоналу. Другие манипуляции, несмотря на различную степень их сложности, должны выполняться наиболее квалифицированным персоналом — медицинской сестрой, а при необходимости врачом. Следует учитывать, что некоторые манипуляции и процедуры (постановка банок, инъекции и т.п.) могут оказывать психогенное воздействие на ребенка, что обуславливает необходимость быстрого и безболезненного их выполнения. Особое внимание необходимо обращать на внешний вид медицинской сестры, который всегда должен успокаивающе действовать на больного ребенка.

Глава 20

ЕЖЕДНЕВНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ (ПРОСТЫЕ) МАНИПУЛЯЦИИ

В процессе ухода за ребенком медицинскому персоналу детских отделений постоянно приходится проводить термометрию, определять массу тела, измерять рост, купать детей. Владение техникой проведения этих манипуляций обязательно. Они выполняются медицинской сестрой (младшей медицинской сестрой) ежедневно и составляют основу лечебно-охранительного режима.

Термометрия. У здорового ребенка температура тела зависит от процессов теплопродукции и теплоотдачи и является постоянной величиной. Считается, что она не превышает 37 °С, вечером температура на несколько десятых градуса выше, чем утром. В прямой кишке темпера-

тура на 1 °С выше, чем температура кожи в подмышечной и паховой областях.

Основные места измерения температуры тела: подмышечная впадина, паховая складка, прямая кишка. Детям старше 1 года термометр ставят в подмышечную впадину, а у детей грудного возраста предпочтительнее измерение температуры в паховой складке.

Измерение проводят медицинским ртутным (максимальным) термометром. Перед процедурой термометр необходимо встряхнуть, чтобы столбик ртути опустился ниже отметки 35 °С. Влага охлаждает ртуть, поэтому перед измерением температуры необходимо протереть подмышечную впадину полотенцем. Термометр устанавливают так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом на глубине подмышечной впадины. У детей младшего возраста термометр необходимо поддерживать, чтобы он не смещался.

Правила измерения температуры тела в стационаре: 1) температуру тела измеряют ежедневно в одно и то же время (6.00—8.00 и 16.00—18.00); 2) натошак; 3) в покое, но не ранее чем через 30—40 мин после пробуждения; 4) в одном и том же месте, на одной и той же стороне тела; 5) измерение проводят не менее 10 мин.

Данные термометрии записывают в медицинские карты стационарного больного, заносят в температурный лист, передают ежедневно в стол справок.

Хранить медицинские термометры следует в стеклянной посуде, на дно которой кладут слой ваты и наливают дезинфицирующий раствор (0,5 % раствор хлорамина). После проведения термометрии использованный термометр опускают в посуду с дезинфицирующим раствором, затем насухо вытирают, после чего его можно использовать снова.

У тяжелобольных измерение проводят чаще, каждые 2 или 3 ч. Если температура тела контролируется с помощью кожных термометров, то их показания следует сверять с ректальной температурой, так как при шоке и других состояниях, связанных с вазоконстрикцией, показатели температуры тела и кожных покровов могут значительно отличаться друг от друга.

Электронные термометры с быстрой выдачей информации и цифровой индикацией более эффективны, чем обычные ртутные. Для экспресс-диагностики гипертермии

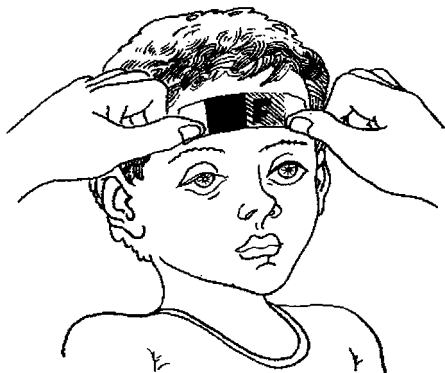


Рис. 45. Измерение температуры тела термометром на жидких кристаллах.

могут быть использованы термометры на жидких кристаллах (test-fever). С их помощью нельзя определить точную температуру, они фиксируют сам факт ее повышения (свыше 37°C). Специальную пластинку прикладывают на область лба не менее чем на 15 с (рис.45). Буквы N и F характеризуют температуру тела: если высвечивается буква N, то температура тела нормальная, если обе буквы (N и F) — повышена.

Взвешивание и измерение длины тела. Взвешивание ребенка и измерение роста проводят для оценки физического развития, правильной дозировки лекарственных средств.

Взвешивание детей до 2 лет проводят на лоточных весах (рис. 46, а). Они состоят из корпуса, лотка, подвижного коромысла с двумя шкалами делений: нижняя в килограммах (кг), верхняя в граммах (г). На левой части коромысла находится противовес, на правой части — стреловидный отросток. Можно использовать электронные весы.

Весы уравниваются перед взвешиванием каждого ребенка. Это достигается путем вращения противовеса до момента, когда стреловидный отросток коромысла будет находиться на одном уровне с аналогичным отростком, неподвижно закрепленным на корпусе весов. Гири при этом находятся на нулевых делениях шкал.

Весы следует устанавливать около пеленального столика на неподвижной тумбочке. На лоток кладут сложенную в несколько раз чистую пеленку (пеленку меняют после

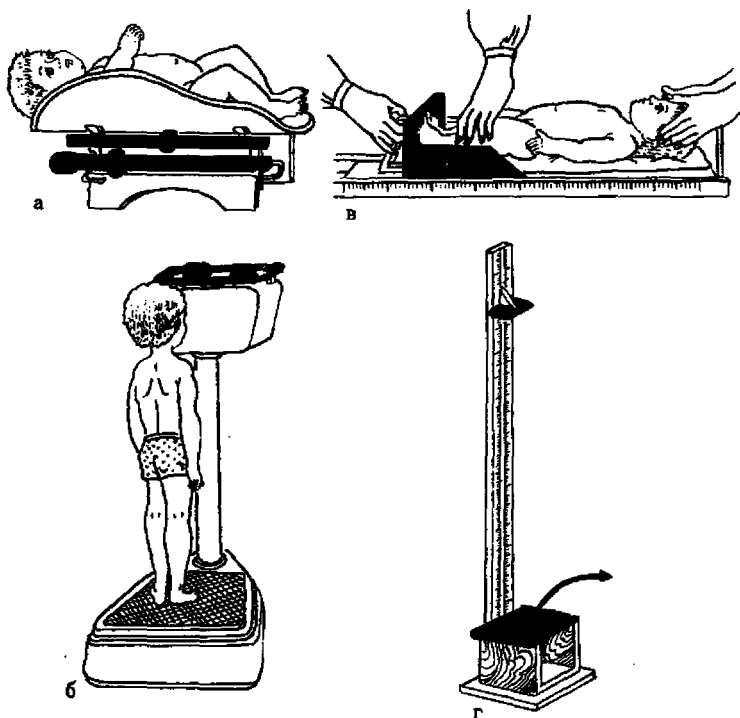


Рис. 46. Антропометрия,

а — определение массы тела ребенка до 2 лет; б — определение массы тела ребенка старше 2 лет; в — измерение длины тела ребенка до 2 лет; г — ростомер — прибор для измерения длины тела детей старше 2 лет.

каждого взвешивания). Весы обычно уравнивают вместе с пеленкой.

Ребенка укладывают на лоток весов (на пеленку) так, чтобы голова располагалась на широком конце лотка, а ноги — на узком. Чтобы весы работали надежно и долго, затвор должен быть постоянно закрыт, их не следует часто передвигать и трясти. Перед работой и после окончания лоточную часть весов протирают 0,5 % раствором хлорамина.

Взвешивание детей старше 2 лет производится на рычажных медицинских весах (рис. 46, б). Независимо от возраста детей взвешивают утром натощак, желательно после мочеиспускания и дефекации.

Рост детей грудного возраста измеряют при помощи специального горизонтального ростомера (рис. 46, в), который представляет собой доску прямоугольной формы длиной 80 см и шириной 40 см. Перед началом измерения ростомер протирают 0,5 % раствором хлорамина и кладут пеленку. Ребенка, одетого в распашонку, укладывают на ростомер так, чтобы голова плотно прикасалась теменем к неподвижной поперечной планке ростомера, ноги выпрямляют в коленях и к подошвам прижимают подвижную поперечную планку ростомера. По боковой планке со шкалой определяют расстояние между неподвижной и подвижной планками (рост ребенка).

Измерение роста детей старшего возраста производится ростомером в положении стоя. Последний представляет собой деревянную доску длиной 2 м 10 см, шириной 8—10 см и толщиной 5—7 см, установленную вертикально на деревянной площадке размером 75х50 см (рис. 46, г). На вертикальной доске нанесены две шкалы делений в сантиметрах: справа — для измерения роста в положении стоя, слева — для измерения роста в положении сидя. По доске скользит планка длиной 20 см. На уровне 40 см от пола к вертикальной доске прикреплена откидная скамейка для измерения роста в положении сидя.

Порядок измерения: ребенок становится на площадку ростомера спиной к вертикальной стойке, в естественном выпрямленном положении, касаясь вертикальной стойки пятками, ягодицами, спиной и затылком, руки опущены вдоль тела, пятки вместе, носки врозь. Голова устанавливается в положение, при котором нижний угол глазницы и верхний край козелка уха находятся в одной горизонтальной плоскости. Подвижную планку прикладывают к голове без надавливания.

Рост детей от 1 года до 3 лет измеряют при помощи того же ростомера, только вместо нижней площадки используют откидную скамейку и отсчет ведут по шкале слева. Установка головы и тела та же, что и при измерении роста детей более старшего возраста.

Полоскание полости рта, зева и глотки. Для полоскания полости рта у больных детей раннего возраста требуется помощник, который фиксирует ребенка в положении сидя. Медицинская сестра (врач), предварительно набрав в прокипяченный резиновый баллон 1 % раствор натрия

бикарбоната или слабый раствор (1:10 000) калия перманганата, держа в левой руке шпатель, открывает рот ребенку и направляет легкую струю к твердому небу. Во время процедуры голову ребенка наклоняют вниз вначале на один, а затем на другой бок. При этом вода из полости рта стекает в подставленный лоток или тазик.

Полоскать зев и глотку можно лишь детям после 3—4 лет. Для полоскания используют растворы фурацилина (1:5000), риванола (1:2000), калия перманганата (1:500), а также раствор натрия бикарбоната, настои ромашки, шалфея, календулы, эвкалипта и др. Важно научить ребенка во время полоскания удерживать жидкость так, чтобы она частично попадала на заднюю стенку глотки. При ангине желательно полоскать горло 5—6 раз в день, при фарингите, остром респираторном заболевании — 3—4 раза.

Гигиенические ванны. Одним из важнейших гигиенических мероприятий является купание. Гигиенические ванны детям старше года в стационаре проводят раз в 7—10 дней, а детей 1-го года жизни купают ежедневно (если нет противопоказаний).

Ванное помещение должно быть просторным, светлым, чистым и теплым (25 °С). Во время приема ванны запрещается устраивать сквозняки, открывать форточки. У каждой ванны должен быть деревянный настил, поверх которого кладут пеленку; пеленку меняют после каждого больного.

Перед купанием ванну тщательно моют щеткой с мылом и протирают ветошью, смоченной 1 % раствором гипохлорида кальция или 1 % раствором хлорамина, затем ванну ополаскивают водой. Ванну наполняют водой непосредственно перед купанием. Чтобы не образовывались водяные пары, горячую и холодную воду наливают попеременно. Ванну заполняют водой на $\frac{1}{2}$ или $\frac{2}{3}$ ориентируясь на то, что вода при погружении ребенка должна достигать средней трети грудной клетки и не закрывать область сердца. Температуру воды измеряют специальным термометром. Показания термометра снимают, не вынимая его из воды.

Моют ребенка фланелевой рукавицей или индивидуальной губкой. Сначала моют голову, а затем туловище и ноги, особенно тщательно промывают складки на шее, в подмышечных и паховых областях.

Продолжительность купания детей 2-го года жизни 8—

10 мин, старше 2 лет — 10—20 мин. Мыло используют только "Детское". После купания ребенка обливают теплой водой из душа или кувшина (температура воды 36,5 °C), заворачивают в простыню. Кожу после купания, особенно детей первых лет жизни, тщательно промокают. При необходимости кожные складки смазывают детским кремом. Волосы вытирают и на голову повязывают косынку.

Больных, находящихся в тяжелом состоянии, при необходимости проведения им гигиенической ванны моют в ванне, погружая и вынимая их из ванны на простыне.

После купания ребенка переодевают в чистую одежду. В день купания обычно проводится и смена постельного белья.

В медицинской карте стационарного больного делают отметку о проведении гигиенической ванны.

Противопоказаниями к проведению гигиенических ванн являются гипертермия, некоторые кожные заболевания, тяжелое общее состояние, явления декомпенсации со стороны отдельных органов и систем организма.

Глава 21

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОЦЕДУР, ВОЗДЕЙСТВУЮЩИХ НА КРОВООБРАЩЕНИЕ

В педиатрической практике широко используют процедуры, направленные на изменение общего и местного кровообращения. Тепловые процедуры: ванны, согревающие компрессы, пластыри, припарки и др. — вызывают в целом сосудорасширяющий эффект, хотя необходимо помнить, что горячая вода может дать кратковременный сосудосуживающий эффект, а затем ведет к стойкому расширению капилляров. Холод, наоборот, оказывает сосудосуживающее действие. Назначают процедуры, воздействующие на кровообращение, по строго определенным показаниям. Проведение их направлено обычно на достижение не только местного эффекта, но и рефлекторной реакции со стороны других органов и систем, т.е. на организм в целом.

Лечебная (общая) ванна. Лечебную ванну назначает

врач. В зависимости от температуры воды различают следующие ванны:

- горячие — температура воды 40 °С, но не более 42 °С;
- теплые — температура воды 38 °С (на 1 °С выше температуры тела);
- индифферентные — температура воды 37 °С (равная температуре тела);
- прохладные — температура воды 30—33 °С;
- холодные — температура воды ниже 20 °С.

Лечебные ванны могут быть с лекарственными веществами и травами. Детям назначают следующие ванны:

1) при заболеваниях органов дыхания — горячие и горчичные: 100 г горчицы на 10 л воды. Продолжительность 3—7 мин. Начинают с температуры 36 °С, затем температуру воды повышают. На голову кладут холодный компресс;

2) при экземе — крахмальные: 100 г крахмала на 10 л воды, температура 37 °С. Оказывает противозудное и подсушивающее действие;

с перманганатом калия, температура 37 °С (добавляют 5 % раствор перманганата калия до бледно-розовой окраски воды). Оказывает дезинфицирующее и подсушивающее действие;

3) при рахите, гипотрофии — морские: 50—200 г морской соли на ведро воды. Назначают 2—3 раза в неделю. Курс — 15—20 ванн, температура первой ванны 36—36,5 °С. Продолжительность 3—10 мин. После каждой 2—3 ванн длительность процедур увеличивают на 1 мин. После морской ванны детей обмывают теплой водой, температура которой на 1 °С ниже исходной;

4) при функциональных расстройствах нервной системы — хвойные ванны: 2—3 мл хвойного экстракта на ведро воды; температура 36—37 °С. Продолжительность 7—10 мин.

Во время проведения ванны медицинская сестра должна следить за пульсом, дыханием, окраской кожных покровов.

Если ребенок побледнел, жалуется на головокружение, то его срочно извлекают из ванны, кладут на кушетку, подняв ножной конец, дают понюхать ватку, смочен-



Рис. 47. Ручная ванна.

ную нашатырным спиртом, трут виски. В таких случаях следует срочно вызвать врача.

Ручная ванна. Для процедуры подходят детская ванна, таз и т.д. Одну или обе руки ребенка погружают в воду до локтя (рис. 47). Для усиления раздражающего действия в воду можно добавить немного сухой горчицы. Температуру воды постепенно повышают с 37 до 40 °С; длительность ванны 10—

15 мин. Ручные ванны обычно применяют при заболеваниях легких.

Ножная ванна. В эмалированное ведро или бачок наливают воду температуры не ниже 36—37 °С. Опускают ноги ребенка и последовательно подливают горячую воду, доводя температуру воды до 40 °С. Длительность процедуры 10—15 мин, после чего ноги насухо вытирают, надевают хлопчатобумажные чулки, а поверх них шерстяные носки. Больного укладывают в постель, придав полусидячее положение, тепло укрывают. Для горчичных ножных ванн применяют профильтрованный раствор горчицы из расчета 100 г горчицы на 10 л воды. Ножные ванны показаны при простудах, гипо- и гипертонических состояниях, местном поражении суставов.

Согревающий компресс. Показан при воспалении среднего уха. При этой процедуре происходит длительное расширение поверхностно и глубоко расположенных кровеносных сосудов, что вызывает приток крови к данной области, рассасывание инфильтрата и как следствие — уменьшение боли.

Согревающий компресс состоит из трех слоев: внутреннего, среднего и наружного. Внутренний слой (влажный) — кусок чистой плотной, но мягкой ткани (марлевая салфетка из 6—8 слоев, льняное полотно и т.п.), смоченной одеколоном или спиртом, разбавленным водой (в соотношении 1:2), камфорным маслом либо водой комнатной температуры и хорошо отжатой. Средний (изолирующий)

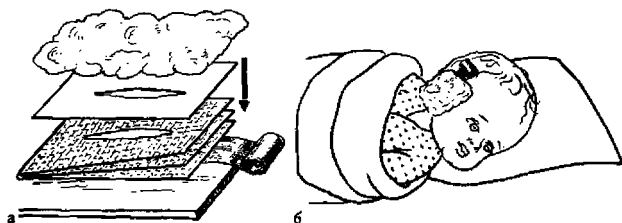


Рис. 48. Техника наложения согревающего компресса, а — необходимый материал; б — общий вид компресса.

слой обычно делают из вощаной бумаги, полиэтиленовой пленки, тонкой клеенки. В качестве наружного (утепляющего) слоя используют вату (толщина слоя 2—3 см), а при ее отсутствии — шерстяной платок, шарф, фланель. Каждый последующий слой должен быть шире и длиннее предыдущего на 2 см. Для удобства слои компресса укладывают на столе. Компресс прикладывают на область уха и плотно забинтовывают (рис. 48).

Детям компресс ставят на 4—8 ч, затем делают перерыв на 1—2 ч и повторяют процедуру. При появлении сыпи на коже эту область присыпают тальком, пудрой.

Холодный компресс. Холодный компресс назначают при повышенной температуре тела, чаще детям раннего возраста. Холодный компресс прикладывают следующим образом: поперек кровати стелят махровое полотенце или одеяльце, затем сложенную пополам пеленку, предварительно намоченную в холодной воде и выжатую. Голого ребенка кладут спиной на мокрую пеленку и, подняв его руки, обворачивают свободные концы пеленки вокруг груди. Вторую, также намоченную в холодной воде и выжатую пеленку прикладывают на груди ребенка (рис. 49). Затем ребенка нужно завернуть в сухое полотенце, одеяло или фланелевую пеленку. Его поят теплым чаем или дают аспирин, прикрывают одеялом по горло и оставляют как следует потеть в течение получаса. Затем его перепеленывают, вытирают сухим полотенцем и надевают сухое белье. Если ребенок с компрессом заснет, то его не надо будить, а подождать, пока проснется сам. Ему приятнее потеть во сне.

Для того чтобы компресс имел требуемый эффект, необходимо ребенка тщательно завернуть, оставив открытым



Рис. 49- Прикладывание холодного компресса.

только его лицо. Беспокойных детей иногда надо крепко завернуть в одеяло с прижатыми к туловищу руками, а одеяло застегнуть безопасными булавками, чтобы помешать ребенку освободить руки и удалить компресс. Но большинство детей такую процедуру выносят терпеливо.

Горчичники. Стандартные горчичники фабричного производства на бумажной основе размером 12х18 см или 3х4 см, на которую нанесена сухая горчица, назначают детям при заболеваниях органов дыхания, сопровождающихся кашлем, трудноотходимой мокротой. Горчичник опускают в лоток с теплой водой, смачивают (рис. 50, а) и прикладывают в необходимом месте, например на спине (рис. 50, б). Затем горчичники накрывают полотенцем (рис. 50, в). Детям грудного и раннего возраста горчичники ставят через пеленку. Ребенка укрывают одеяло, но через каждые 2—3 мин осматривают кожу того участка, на котором находится горчичник. При появлении стойкого покраснения кожи горчичник снимают. Покрасневший участок кожи обмывают теплой водой и смазывают вазелиновым маслом или прокипяченным растительным маслом.

При отсутствии готовых горчичников их можно приготовить самостоятельно. Для этого столовую ложку горчицы перемешивают с таким же количеством пшеничной муки и, помешивая, добавляют горячую воду (45—50 °С). Полученную кашицеобразную массу оставляют на 30 мин для образования эфирных масел, которые оказывают раздражающее действие на кожу и расширяют кожные кровеносные сосуды. Приготовленную массу толщиной 0,5 см наносят на чистую пеленку или ткань и, прикрыв другой стороной ткани, прикладывают к определенному месту. Такие горчичники в отличие от фабричных оказывают

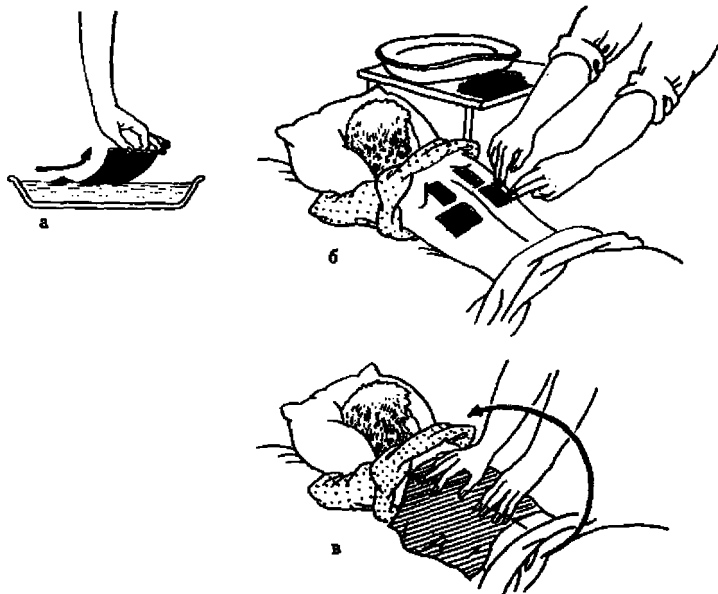


Рис. 50. Постановка горчичников.
Объяснение в тексте.

более выраженное действие, поэтому их следует вовремя снимать во избежание ожогов.

Горчичные обертывания. Отвлекающая тепловая процедура, оказывающая успокаивающее и потогонное действие. Различают общие и местные (например, на грудную клетку) горчичные обертывания. Для выполнения процедуры 100 г сухой горчицы заливают 2 л горячей воды (температура не ниже 80°C) и тщательно перемешивают. Смесь отстаивают в течение 3—4 мин, а затем жидкую часть переливают в другую посуду. Хлопчатобумажную пеленку или простыню смачивают, отжимают и обертывают ею грудную клетку ребенка от ключиц до пупка. Сверху закрывают фланелевой пеленкой и шерстяным одеялом. В таком завернутом виде ребенок находится 20—30 мин. В это время ему надо периодически давать подслащенную воду. После окончания процедуры снимают пеленки, ребенка обливают теплой водой ($34\text{--}36^{\circ}\text{C}$), тщательно вытирают и, тепло одев, укладывают в заранее приготовленную согретую постель. Проце-

дуру можно повторить через день, всего 3—4 раза в течение болезни.

Банки. Ставят банки главным образом детям старше 7 лет, реже детям дошкольного возраста. Постановка банок технически затруднительна у новорожденных детей и у детей грудного возраста (малая поверхность спины). Следует также учитывать, что банки у детей младшего возраста способны вызывать массивные кровоизлияния в коже и подкожной жировой клетчатке, стойкие нарушения микроциркуляции и как следствие этого снижение дыхательной и других функций кожи.

Банки противопоказаны при заболеваниях кожи (особенно гнойничковых), крови, общем истощении, возбуждении больных.

Перед постановкой банок проверяют целостность их краев, тщательно моют горячей водой и вытирают. На подносе собирают все инструменты, необходимые для манипуляции (рис. 51, а). Больного укладывают на грудь в удобной позе, обнажают спину и смазывают места наложения банок детским кремом или вазелином (рис. 51, б). На металлический зонд длиной 15 см наматывают вату, смачивают спиртом, хорошо отжимают и поджигают.левой рукой берут 1—2 банки, правой — стержень с горящей ватой и на 2—3 с вводят его в банку (рис. 51, в), а затем быстро и плотно прикладывают банку к телу. Вследствие разрежения воздуха при горении спирта внутри банки она присасывается к коже. Происходит втяжение кожи с подлежащей подкожной жировой клетчаткой в банку на высоту до 1—2 см. Хотя процедура технически несложна, необходимы сноровка и опыт. При недостаточном разрежении воздуха банка плохо присасывается и затем самостоятельно отпадает. Чрезмерное нагревание банки приводит к ожогу кожи. Банки нельзя ставить на позвоночник, область сердца, у девочек — на область молочных желез. Число устанавливаемых банок определяется возрастом ребенка (поверхность грудной клетки), их накладывают в межлопаточной и подлопаточной областях, захватывая и подмышечную область, размещая на симметричных участках.

После постановки банок ребенка накрывают одеялом. Если манипуляция выполнена правильно, то кожа под банками приобретает сначала ярко-красную, а затем багровую окраску — появляется кровоподтек. Во время процедуры

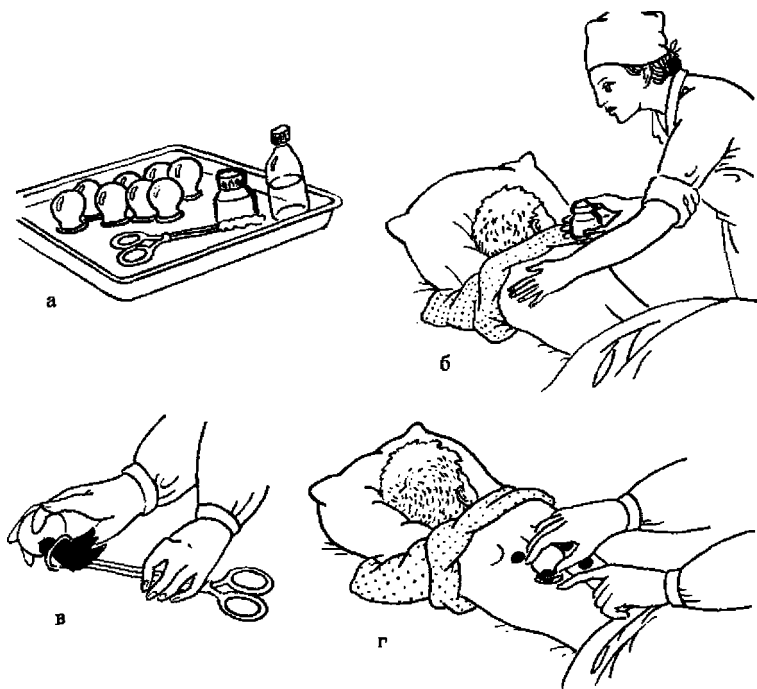


Рис. 51. Постановка банок,

а — инвентарь: базіки, спирт, вазелин, корнцанг с тампоном; б — смазывание кожи вазелином; в — введение горящего тампона в банку; г — снятие банки.

ребенка успокаивают, медицинская сестра следит за его поведением. Снимают банки через 7—10 мин, для чего одной рукой банку наклоняют в сторону, а другой с противоположной стороны надавливают на кожу. После проникновения воздуха внутрь банки она легко отделяется (рис. 51, г). Кожу, где стояли банки, протирают сухим или смоченным спиртом тампоном для удаления крема (вазелина).

Ребенка обязательно тепло одевают и укрывают одеялом на 30—40 мин.

Припарки. Один из видов лечения теплом, который может применяться в домашних условиях. Припарки показаны при местных воспалительных процессах для более быстрого их рассасывания. Применяют льняное семя, овес, отруби или песок. Растительные семена насыпают в

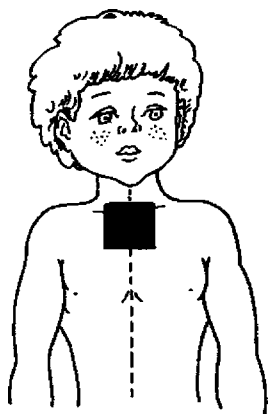


Рис. S2. Наложение противокашлевого пластыря.

мешок из плотной ткани, зашивают и опускают в кипящую воду на 15—20 мин, после чего извлекают, отжимают, завертывают в чистое полотно или ткань и прикладывают на больное место. Песок хорошо разогревают, помещают в полотняный мешок и прикладывают на кожу. Сверху его прикрывают шерстяным платком или фланелью.

Пластырь. Наложение пластыря (перцовый и др.) проводится по назначению врача. Перед наложением пластыря кожу обезжиривают спиртом, эфиром или одеколоном и протирают насухо. С пластыря снимают защитную пленку, предохраняющую клейкую сторону,

накладывают на кожу и слегка прижимают. Место наложения пластыря определяется медицинскими показаниями. Так, например, эпиллиновый пластырь для лечения грибковых заболеваний накладывают на оголенную часть волосистой части головы (волосы выбривают), пластырь в качестве противокашлевого средства — на нижнюю часть грудины (рис. 52). Продолжительность аппликации зависит от чувствительности кожи, но длится не более суток.

Грелка. Применяется как местная тепловая процедура с целью рассасывания воспалительных процессов, для согревания и как болеутоляющее средство. Грелка противопоказана при острых воспалительных процессах в брюшной полости (аппендицит, холецистохолангит), подозрении на опухоль, кровотечение. Существуют резиновые и электрические грелки, но последние в детской практике применяются только при постоянном контроле со стороны взрослых.

Резиновая грелка представляет собой резиновый резервуар вместимостью 1,0—1,5 л с плотно привинчивающейся пробкой. Грелку заполняют горячей водой (60—70 °C) наполовину или на $\frac{3}{4}$ объема. Воздух из грелки выпускают нажатием руки, плотно закрывают пробкой, опрокидывают горловиной вниз, чтобы убедиться в герметичности.

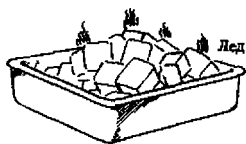


Рис. 53. Пузырь для льда.

ти. Грелку насухо вытирают, во избежание ожогов заворачивают в сухое и чистое полотенце, прикладывают к больному участку тела. Следует помнить, что у тяжелобольных вследствие снижения кожной чувствительности легко могут возникать ожоги. Особенно чувствительны к грелкам новорожденные.

При отсутствии резиновой грелки иногда можно воспользоваться бутылкой, которую после заполнения водой тщательно закрывают и обязательно обертывают полотенцем.

Вместо резиновой (водяной) грелки детям старшего возраста иногда применяют электрическую, степень нагрева которой необходимо регулировать с помощью реостата.

Пузырь со льдом. С целью воздействия на местное кровообращение используется пузырь со льдом. Показан при кровотечениях, ушибах, начальных стадиях острого воспалительного процесса. Пузырь представляет собой резиновый мешок особой формы с широким плоским основанием и отверстием, которое закручивается широкой пробкой (рис. 53). В пузырь до половины накладывают мелкие кусочки льда размером 1—2 см, вытесняют воздух и закрывают пробкой. Для предупреждения чрезмерного переохлаждения кожи и подлежащих тканей пузырь кладут на сложенное в несколько раз полотенце (или ткань). По мере таяния льда воду из пузыря сливают и подкладывают новые кусочки льда.

Парафин. Широко используется для местных тепловых процедур при острых и хронических заболеваниях. Парафин представляет собой смесь высокомолекулярных углеводородов, получаемых при возгонке нефти. Он обладает большой теплоемкостью и малой теплопроводностью при точке плавления 52—55 °С.

Для расплавления парафина берут две кастрюли —

одну большую, в которую кладут деревянную решетку и наливают воду, другую поменьше, с тем чтобы она помещалась в первой кастрюле. В малую кастрюлю опускают парафин. Вначале его стерилизуют при температуре $HO-120^{\circ}C$, затем охлаждают до $60-70^{\circ}C$. Во избежание ожогов перед парафиновой аппликацией кожа ребенка должна быть чистой и сухой.

Нельзя смазывать кожу вазелином или другим маслом!

Расплавленный застывающий парафин набирают в черпак и широкой плоской кистью наносят на участок тела, подлежащий лечению. При этом на теле быстро образуется тонкая парафиновая пленка, которая защищает кожу от действия более горячего парафина, наносимого слоями на эту пленку. Температура кожи под парафином повышается до $40-45^{\circ}C$ и удерживается в этих пределах на протяжении всей процедуры.

Место аппликации прикрывают клеенкой, ватой, а больного укутывают одеялом. Продолжительность первой процедуры 20 мин, последующих у детей раннего возраста до 30 мин, дошкольников и школьников—до 40 мин. После снятия парафина больной должен поспать, поэтому лучше проводить процедуру за час до сна.

Озокерит. Встречается в естественном виде в местах нефтедобычи (горный воск). Озокерит обладает высокой теплоемкостью, низкой теплопроводностью, а теплоудерживающая способность его значительно выше, чем парафина. Применяется, как и парафин, при подострых и хронических воспалительных процессах.

Озокерит нагревают в кастрюле на водяной бане до температуры выше $100^{\circ}C$, непрерывно помешивая деревянной лопаточкой до прекращения образования пены. При лечении озокеритом применяют кюветно-аппликационный метод или метод прокладок.

При кюветно-аппликационном методе на дно эмалированной ванночки кладут клеенку, на которую наливают расплавленный озокерит слоем $1-1,5$ см. Через несколько минут он остывает до температуры $55-60^{\circ}C$, превращаясь в густое желе. Тогда клеенку вместе с озокеритовой лепешкой извлекают из ванночки, накладывают на подлежащий воздействию участок тела, поверх клеенки накладывают пеленку, укутывают ватой и прибинтовывают.

При методе марлевых прокладок готовятся две прокладки из 10—15 слоев марли или тонкого трикотажа. Прокладки пропитывают расплавленным озокеритом и равномерно отжимают. Тщательно расплавленную прокладку помещают на полиэтиленовую пленку или вощаную бумагу и прикладывают к больному участку тела. Поверх первой прокладки кладут вторую. Температура прилегающей к коже прокладки 38—45 °С, второй — 45—60 °С. Прокладку фиксируют сложенными в несколько слоев пеленками. Продолжительность процедуры 40—60 мин в зависимости от величины прокладок, возраста и состояния больного.

Глава 22

ТЕХНИКА ВЗЯТИЯ МАТЕРИАЛА ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Взятие мазков со слизистой оболочки носа и зева. Мазки берут с помощью специальных тампонов, намотанных на проволоку или деревянную палочку. Приготовленные тампоны стерилизуют в автоклаве и помещают в пробирки.

Ребенка младшего возраста помощник медицинской сестры усаживает себе на колени, ноги больного охватывает своими ногами. Левой рукой фиксирует руки ребенка, а правой удерживает лоб (рис. 54). Медицинская сестра извлекает палочку с тампоном из пробирки, одной рукой слегка приподнимает кончик носа ребенка, а второй снимает слизь носовых ходов тампоном. Не следует касаться тампоном слизистой оболочки носа. Затем тампон вставляют в стерильную пробирку. Новым тампоном берут мазок из глотки и с миндалин. Шпателем прижимают корень языка и осторожно снимают налет с миндалин или слизь с задней стенки глотки. Тампон помещают обратно в пробирку, на которой пишут фамилию, имя и возраст ребенка, дату взятия материала и место, откуда он взят. Эти сведения могут быть указаны в сопроводительном направлении, которое прикрепляют к наружному концу тампона.

У детей старшего возраста материал для ис-



Рис. 54. Положение ребенка при исследовании полости рта и зева.

следования из носа и зева берут без помощников. Процедура проводится натошак, до приема лекарственных средств и полоскания рта и зева какими-либо дезинфицирующими растворами.

Последовательность действий при взятии мазка из носа: готовят стерильную пробирку с тампоном, усаживают больного (голова должна быть слегка запрокинута назад). Берут пробирку в левую руку и правой рукой извлекают из нее тампон, левой рукой приподнимают кончик носа больного, правой — легким вращательным движением вводят тампон в нижний носовой ход сначала с одной стороны, затем с другой, не касаясь наружной поверхности ее (рис. 55, а).

Заполняют направление в бактериологическую лабораторию (фамилия, имя, возраст больного, "мазок из носа", дата, наименование лечебного учреждения), пробирку с направлением отправляют в лабораторию.

Последовательность действий при взятии мазка из зева: готовят стерильную пробирку с тампоном, больной садится лицом к источнику света, в левую руку берут шпатель и пробирку, надавливают шпателем на корень языка, правой рукой за пробку извлекают стерильный тампон, проводят тампоном по дужкам и небным миндалинам — слева и справа (рис. 55, б), пробирку с направлением отправляют в лабораторию.

Для диагностики острых вирусных респираторных инфекций в первые дни заболевания используют мазок и мазок-отпечаток слизистой оболочки носа. Для исследования необходимо приготовить чистое, обезжиренное эфиром предметное стекло. Затем небольшой ватный тампон, укрепленный на деревянной палочке, увлажняют изотоническим раствором хлорида натрия и вводят в носовой ход. Тампон прижимают к нижней носовой рако-

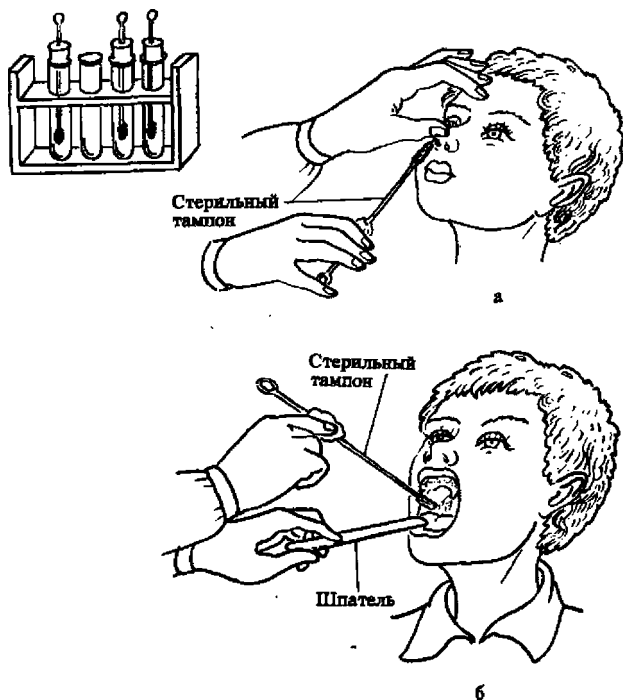
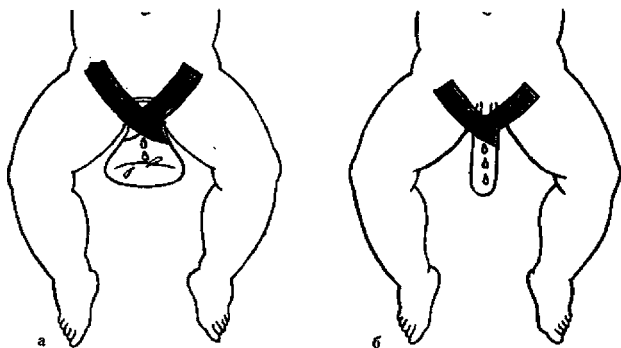


Рис. 55. Взятие мазка из носа (а) и зева (б).

вине и делают несколько вращательных движений. После этого тампон извлекают и на предметном стекле производят отпечатки. Для получения мазков-отпечатков используют пластинку из плексигласа с закругленными и шлифованными краями. Пластинку также обезжиривают эфиром, вводят в нос, прижимают к нижней раковине и делают несколько продольных движений.

Взятие мокроты. Наиболее просто взять мокроту во время кашля: мокроту собирают сразу на питательную среду в чашки Петри. Для лучшего отхождения вязкой мокроты назначают настои термопсиса, ставят горчичники или банки, дают выпить стакан теплого молока с пищевой содой. При заборе материала у детей младшего возраста необходимо надавить на корень языка, чтобы вызвать кашель. Можно собирать мокроту во время бронхоскопии. Если невозможно получить мокроту указанны-



**Рис. 56. Сбор мочи у детей грудного возраста,
а — у девочек; б — у мальчиков.**

ми способами, то делают промывание желудка, так как ребенок не умеет отхаркивать мокроту и заглатывает ее. Промывание желудка осуществляют натошак, микробная флора промывных вод аналогична таковой в бронхах.

Взятие мочи. Мочу собирают во время свободного мочеиспускания (из средней порции мочи) либо с помощью катетера. У детей раннего, особенно грудного возраста, сбор мочи представляет трудности. Для стимуляции мочеиспускания ребенку грудного возраста поглаживают рукой живот, слегка надавливают на надлобковую область. Под струю мочи подставляют чистый лоток или посуду с широким горлом. Если не удастся получить мочу, то к половым органам с помощью лейкопластыря прикрепляют пробирку, колбочку, полиэтиленовый мешок и т.п. (рис. 56).

Для длительного сбора суточной мочи часто используют специальные накладки с отверстием. Накладкой плотно прикрывают половые органы ребенка и бинтом фиксируют в поясничной области. К накладке присоединяют резиновую трубку, второй конец которой опускают в чистый сосуд. Еще более совершенным является сбор мочи через специальный мочеприемник с сигнализатором.

Перед взятием мочи необходимо провести тщательный туалет наружных половых органов и у девочек, и у мальчиков. В отдельных случаях следует использовать дезинфицирующие растворы, например фурацилина (1:5000).

Мочу на общий анализ и на анализ по Нечипоренко берут утром, после сна из средней порции струи.

Заранее готовят чистую, сухую посуду. На каждой бутылочке должна быть этикетка с указанием фамилии и имени ребенка, даты, отделения, цели исследования.

Для общего анализа мочи должно быть не менее 50—100 мл, для анализа мочи по Нечипоренко — не менее 10 мл. Моча должна быть доставлена в лабораторию в течение 1 ч, хранить ее можно в стеклянной посуде в прохладном месте, лучше на кафельном полу.

Для анализа мочи по Каковскому — Аддису мочу собирают в течение суток в отдельную чистую посуду. Измеряют ее объем и направляют в лабораторию 100—200 мл. Учитывая трудности длительного сбора мочи у детей, иногда используют модификацию метода: исследуют мочу, собранную за 12 ч.

Для анализа на бактериурию мочу собирают после обмывания наружных половых органов дезинфицирующим раствором (фурацилин). В стерильную посуду берут 15—25 мл мочи и тотчас закрывают. При сомнительных результатах мочу берут стерильным катетером.

Проба Зимницкого заключается в динамическом определении количества и относительной плотности мочи, выделяемой через каждые 3 ч в течение суток. Для этого накануне исследования медицинская сестра готовит восемь чистых бутылок (банок), маркирует их, проставляя номер и фамилию ребенка (рис. 57). Больной мочится в 6 ч утра, и эту мочу берут для общего анализа. Начиная с 9 ч ребенок мочится каждые 3 ч в отдельную бутылочку. Ночью больных будят. В 6 ч следующего утра собирают последнюю порцию и все 8 порций направляют в лабораторию, где определяется относительная плотность каждой порции мочи, измеряют ночной и дневной диурез, при необходимости — количество белка в каждой порции. Условием проведения пробы Зимницкого, позволяющим правильно оценить функциональную способность почек, является соблюдение обычного водного режима. Кроме того, фиксируется количество жидкости, выпитой в течение дня.

Для определения экскреции (выделения) солей и глюкозы в суточной моче последнюю собирают в одну емкость. Первую порцию мочи в 6 ч утра не учитывают, а собирают мочу за период от 9 ч утра до 6 ч утра

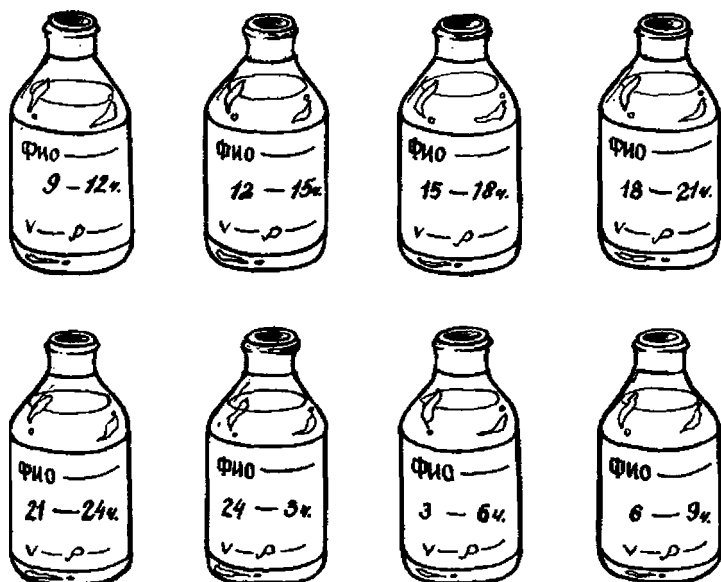


Рис. 57. Материал для пробы по Зимницкому.

следующего дня. Измеряют количество выделенной мочи за сутки, а 80—100 мл из общего объема отправляют в лабораторию, указав суточный диурез.

Использование диагностических тест-полосок для экспресс-анализа мочи. Тест-полоски (Self-Stik) из целлюлозы с нанесенными на их твердофазными реакционными зонами предназначены для быстрого получения биохимического анализа мочи. Они рассчитаны на практически мгновенное получение результата по принципу "окунуть и читать" на основании визуальной оценки цветовой индикации. Тест-полоски позволяют проводить исследования мочи по 11 параметрам: белок (5(10)-100 мг/дл), глюкоза (от 100 мг/дл), удельный вес (1000—1030), pH (5—9), кетоновые тела (5 мг/дл), билирубин (0,5—3,0 мг/дл), уробилиноген (0,1—1,0 мг/дл), нитриты (качественно), скрытая кровь (5—10 эритроцитов на 1 мкл), лейкоцитурия (15 лейкоцитов в поле зрения), аскорбиновая кислота (5 мг/дл).

Анализ рекомендуется проводить следующим образом (рис. 58).

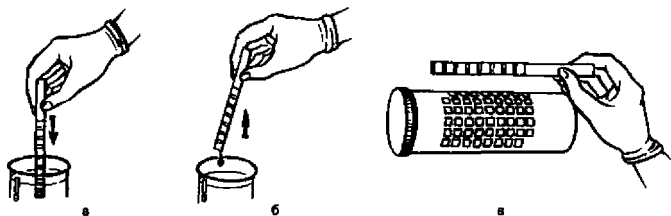


Рис. 58. Изменение диагаостических тест-полосок.

Объяснение в тексте.

1. Используется любая чистая, сухая, ранее не использованная посуда для сбора пробы мочи.

2. Из пенала извлекается тест-полоска Self-Stik. Пенал закрывают немедленно после извлечения полоски.

3. Тест-полоску погружают в свежую, хорошо перемешанную мочу на i с (не дольше) (рис. 58, а). Излишек мочи на тест-полоске может привести к искажению результатов, поэтому проводят концом полоски по краю посуды так, чтобы не задеть реакционные зоны. Излишек мочи стечет (рис. 58, б). Излишек мочи можно удалить, промокнув края полоски фильтровальной бумагой.

4. Визуально сравнивают окраску реакционных зон тест-полоски с цветовой картой интерпретации результатов, расположенной на пенале (рис. 58, в), желательно при хорошем освещении.

Время учета результата 30—60 с является критическим для верной интерпретации результатов. При считывании результатов держите полоску горизонтально, чтобы избежать возможного стекания химических реагентов на соседние реакционные зоны вместе с излишком мочи. Изменения цвета, затронувшие только края реакционных зон или произошедшие спустя более 2 мин, не имеют диагностического значения. Учет результатов производят прямым визуальным сравнением окраски реакционных зон тест-полоски с цветовой картой интерпретации окраски на пенале. Никаких дополнительных расчетов и оборудования не требуется.

Взятие кала. Для копрологического исследования фекалии, полученные при самостоятельной дефекации, помещают в чистую, сухую, не пропускающую влагу посуду и доставляют в лабораторию сразу или спустя 8—12 ч при условиях хранения его в течение этого време-

ни в холодильнике при температуре 3—4 °С. Нельзя исследовать кал после клизмы, применения ректальных свечей, приема слабительных или красящих веществ, а также препаратов железа, висмута, пилокарпина и некоторых других. Кал не должен содержать посторонние примеси, такие как моча, дезинфицирующие вещества. Копрологическое исследование включает макроскопическое, химическое и микроскопическое изучение материала. Бактериологическое (исследование на дисбактериоз) и биохимическое исследование производится по специальным показаниям.

При исследовании кала на яйца глистов и лямблии ребенка высаживают на предварительно обработанный кипятком горшок. Кал для анализа берут из разных порций деревянной или стеклянной палочкой и помещают в банку. В лабораторию материал доставляют в течение 30 мин с момента взятия анализа. При подозрении на энтеробиоз производят соскоб деревянной лопаточкой со складок вокруг заднего прохода. Соскоб переносят на предметное стекло в каплю 50 % раствора глицерина или изотонического раствора хлорида натрия. Кал для обнаружения кишечной группы и дизентерийного носительства берут трубочкой Циманна после акта дефекации с пеленки или горшка. Трубочку опускают в стерильную пробирку с питательной средой, закрывают стерильной марлевой пробкой и отправляют в лабораторию.

При подготовке больного ребенка для исследования кала на скрытое кровотечение из рациона в течение 2—3 дней исключают мясо, рыбу, все виды зеленых овощей, препараты, яйца весенней кладки, а также лекарственные препараты, содержащие железо, медь и другие тяжелые металлы, так как эти пищевые и лекарственные вещества являются катализаторами реакций, применяющихся для обнаружения крови.

Г да в а 23

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ

В практике работы детских лечебных учреждений большое значение придается проведению таких лечебных манипуляций, как постановка клизм, газоотведение, промы-

вание желудка, катетеризация мочевого пузыря, дуоденальное зондирование и др. Их проведение требует тщательной подготовки, знания особенностей каждой конкретной манипуляции у детей различного возраста.

Постановка клизмы. При помощи клизмы в толстую кишку можно ввести различные жидкости с лечебной или диагностической целью. Различают клизмы очистительные, лекарственные, питательные.

Очистительные клизмы назначают для освобождения кишечника от каловых масс и газов. Они применяются при запорах, пищевых отравлениях, для подготовки больного к эндоскопическим методам обследования (ректоскопия, колонофиброскопия), рентгенологическому исследованию желудка, кишечника, почек, для выполнения ультразвукового исследования органов брюшной полости, перед операциями, перед введением лекарственных средств. Противопоказаниями являются воспалительные изменения в нижнем отрезке толстой кишки, геморрой, выпадение слизистой оболочки прямой кишки, подозрение на аппендицит, кишечные кровотечения.

Для очистительной клизмы используют воду комнатной температуры, ее вводят при помощи баллона с мягким наконечником. Для постановки клизмы детям первых 2—3 мес жизни пользуются грушевидным баллоном № 2 (емкость около 50 мл), ребенку 6 мес — № 3 или 4 (75—100 мл), годовалому — № 5 (150 мл), детям 2—5 лет — № 5-6 (180-200 мл), 6-12 лет - № 6 (200-250 мл). Для очистительных клизм детям старшего возраста используют кружку Эсмарха.

Перед употреблением грушевидный баллон стерилизуют кипячением. Наполняют его жидкостью (вода или лекарственные растворы), удаляют воздух, слегка сжимая баллон до появления жидкости из обращенного кверху наконечника. Наконечник смазывают вазелином. Ребенка грудного возраста обычно укладывают на спину с приподнятыми кверху ногами, детей более старшего возраста — на левый бок, с подтянутыми к животу нижними конечностями. Наконечник баллона вводят осторожно. В положении больного на спине наконечник направляют вперед и несколько кпереди, далее, преодолев без усилия наружный и внутренний сфинктеры анального отверстия, немного кзади. Наконечник вводят на глубину 3—5 см детям младшего возраста, на 6—8 см — старшего возраста и по-

степенно сжимают баллон. После опорожнения баллона, не разжимая его, осторожно выводят наконечник. Для удержания введенной жидкости в кишечнике рукой сжимают на несколько минут ягодицы ребенка, после чего происходит дефекация (опорожнение). Количество жидкости для очистительной клизмы зависит от возраста ребенка и показаний к ее выполнению.

**Допустимый разовый объем вводимой жидкости
при постановке клизмы у детей**

<i>Возраст ребенка</i>		<i>Объем жидкости, мл</i>
1—5 мес		30—60
6—12 мес		120—180
1—2	года	До 200
3—5 лет		До 300
6—11 лет		До 400
12—14 лет		500 и более

Для введения большего количества жидкости, особенно детям старшего возраста, используют кружку Эсмарха. Процедуру выполняют в положении ребенка на левом боку с согнутыми и подтянутыми к животу ногами. Под ягодицы подкладывают клеенку, свободный край которой опускают в таз на случай, если ребенок не сможет удержать жидкость. Кружку Эсмарха наполняют водой комнатной температуры до 1 л и подвешивают на штативе на высоту 50—75 см. Открыв кран, выпускают воздух и небольшое количество воды из резиновой трубки. Резиновый наконечник смазывают вазелином и, раздвинув ягодицы ребенка, вводят в анальное отверстие. Первые 2—3 см наконечника продвигают кпереди по направлению к пупку, далее кзади параллельно копчику на глубину 5—8 см.

Скорость введения жидкости регулируется краном на резиновой трубке. При затруднении поступления жидкости, например если кал твердый, трубку извлекают на 1—2 см и поднимают кружку Эсмарха на 20—30 см. Изменяют также направление наконечника, просят ребенка сильнее согнуть ноги, подвести их к животу, что приводит к расслаблению передней брюшной стенки. Если в процессе постановки очистительной клизмы появляется чувство распирания из-за скопившихся газов, то кружку следует

опустить ниже уровня кровати; после отхождения газов кружку постепенно поднимают. После завершения процедуры наконечник осторожно извлекают. Больной находится в положении лежа 8—10 мин до тех пор, пока усилятся перистальтика кишечника и появится позыв на дефекацию.

Для усиления перистальтики кишечника к жидкости добавляют различные вещества: хлорид натрия (поваренная соль, 1—2 столовые ложки на 1 л воды), глицерин или растительное масло (1—2 столовые ложки), настой или отвар ромашки (1 стакан). При атонических запорах послабляющий эффект возникает при температуре жидкости 18—20 °С, при спастических — 37—38 °С.

По окончании процедуры грушевидные баллоны и резиновые наконечники моют горячей водой и кипятят. Кружку Эсмарха промывают, досуха вытирают и покрывают марлей.

К очистительным клизмам относятся масляные, гипертонические, сифонные.

Масляные клизмы применяют для мягкого очищения кишечника, а также при упорных запорах. Используют растительные масла (подсолнечное, льняное, оливковое, конопляное, прованское) и вазелиновое, которые предварительно подогревают до температуры 37—38 °С. На грушевидный баллон надевают резиновый наконечник, осторожно вводят на глубину 10—12 см в прямую кишку. Можно пользоваться шприцем с надетым на него резиновым катетером. Для процедуры используют от 20 до 80 мл масла в зависимости от возраста ребенка. После введения масла необходимо уложить ребенка на живот на 10—15 мин, чтобы масло не вытекало. Поскольку очистительный эффект наступает через 8—10 ч, процедуру рекомендуется делать вечером.

Гипертонические клизмы используют для большего стимулирования перистальтики кишечника. Показанием для гипертонической клизмы служат атонические запоры, противопоказанием — воспалительные и язвенные процессы в нижнем отделе толстой кишки. Для клизмы применяют гипертонические растворы: 5—10 % раствор хлорида натрия (1 столовая ложка на стакан воды), 20—30 % раствор сульфата магния. При помощи резиновой груши с наконечником вводят в прямую кишку 50—70 мл раствора при температуре 25—30 °С в зависимости от

возраста ребенка. Послабляющий эффект обычно наступает через 20—30 мин, в течение этого времени больной должен лежать.

Сифонные клизмы ставят преимущественно детям старшего возраста. Показаниями являются необходимость удаления всех каловых масс или ядовитых продуктов, попавших в кишечник в результате отравления химическими или растительными ядами. Такие клизмы рекомендуются при неэффективности обычных очистительных клизм, а также подозрении на кишечную непроходимость. Сифонные клизмы противопоказаны при аппендиците, перитоните, желудочно-кишечных кровотечениях, заболеваниях прямой кишки, в первые дни после операции на органах брюшной полости.

Через резиновую трубку диаметром 0,8—1,0 мм и длиной до 1,5 м (один конец трубки заканчивается воронкой, другой — наконечником) в несколько приемов вводят в прямую кишку от 5 до 10 л чистой воды, подогретой до 37—38 °С, либо дезинфицирующей жидкости (слабый раствор перманганата калия, раствор гидрокарбоната натрия). Смазанный вазелином конец трубки вводят через анальное отверстие в кишечник на глубину 20—30 см. Воронку заполняют водой из кувшина и поднимают на высоту 50—60 см над кроватью, а затем опускают до уровня таза ребенка, не удаляя резиновую трубку из прямой кишки. По закону сообщающихся сосудов вода с содержащимися каловыми массами возвращается в воронку и содержимое выливают в таз (рис. 59). Процедуру повторяют несколько раз подряд до появления чистой воды. Затем резиновую трубку осторожно извлекают, всю систему моют и кипятят.

Необходимо тщательно соблюдать все технические правила, а при постановке "высоких" клизм помнить о таком грозном осложнении, как каловая интоксикация. Последняя возникает у больных с непроходимостью кишечника и при несвоевременной эвакуации введенной жидкости. Постановка сифонной клизмы относится к врачебным процедурам.

Лекарственные клизмы показаны при невозможности введения лекарственных средств через рот. Они подразделяются на клизмы местного и общего действия. В первом случае лекарственные клизмы применяются при воспалительных процессах в толстой кишке, а во втором —

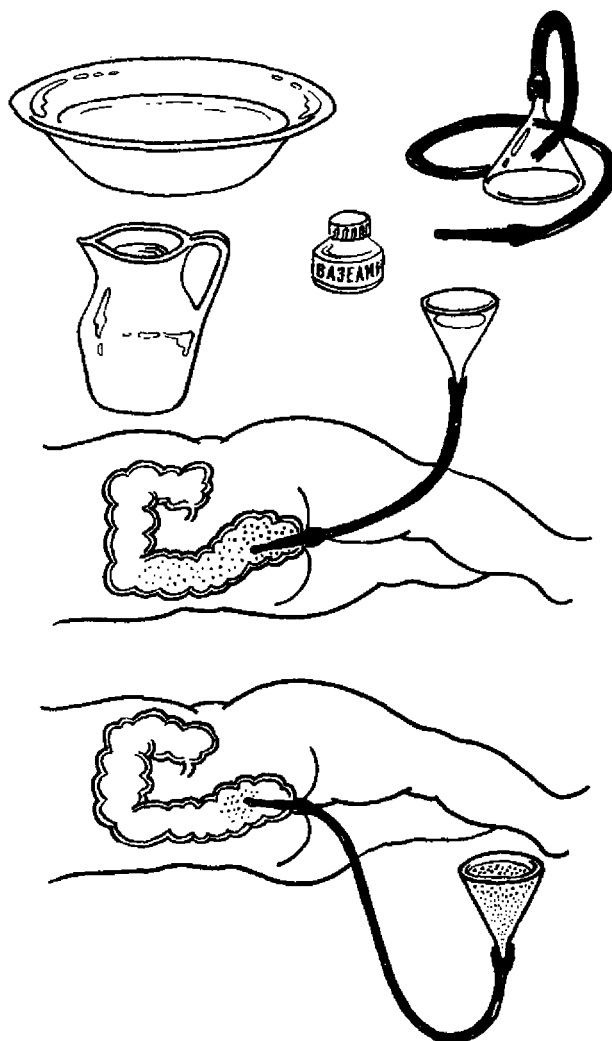


Рис. 59. Постановка сифонной клизмы.

для всасывания лекарственных средств слизистой оболочки прямой кишки и поступления их в кровь.

Лекарственные клизмы ставят через 10—15 мин после очистительных клизм, реже после самопроизвольного очищения кишечника. Поскольку все лекарственные клизмы

являются микроклизмами, используют обычный 20-граммовый шприц или резиновый баллон "грушу" вместимостью от 50 до 100 мл. Вводимое лекарственное средство должно иметь температуру 40—41 °С, так как при более низкой температуре возникает позыв на дефекацию и лекарственное средство не всасывается. Объем лекарственных клизм зависит от возраста детей: больным первых 5 лет жизни вводят 20—25 мл, от 5 до 10 лет — до 50 мл, старшим детям — до 75 мл.

В состав лекарственных клизм могут входить различные лекарственные средства, включая успокаивающие, снотворные и т.п. Наиболее часто употребляются следующие клизмы: крахмальные (1 чайная ложка на 100 мл воды); из ромашки (15 г ромашки кипятят 2 мин в 250 мл воды, остужают до 40—41 °С, процеживают); из масла облепихи, шиповника. При судорогах и сильном возбуждении показаны хлоралгидратовые клизмы — применяют 2 % раствор хлоралгидрата.

Питательные клизмы используются редко, так как в толстой кишке всасывается лишь вода, изотонический раствор хлорида натрия (0,85 %), глюкозы (5 %), в очень ограниченном количестве белки и аминокислоты. Выполняют питательные клизмы после очистительных с помощью капельницы (у детей младшего возраста) или кружки Эсмарха (у старших детей). Скорость введения жидкости регулируют винтовым зажимом: детям первых месяцев жизни вводят 3—5 капель в минуту, от 3 мес до 1 года — 5—10, более старшим — 10—30. Этот способ, называемый капельной клизмой, улучшает всасывание жидкости через слизистую оболочку прямой кишки, не усиливает перистальтику кишечника, не переполняет его, не вызывает болей. Таким образом в организм ребенка можно ввести 200 мл жидкости и более.

Газоотведение. Чаще всего газоотведение проводится детям раннего возраста, новорожденным и грудного возраста. Однако отведение газов показано и более старшим детям при заболеваниях кишечника, сопровождающихся метеоризмом или замедленным выведением газов. Перед проведением процедуры ставят очистительную клизму. Газоотводную трубку диаметром 3—5 мм и длиной 30—50 см предварительно смазывают вазелиновым маслом и вращательным движением вводят в прямую кишку как можно выше, чтобы наружный конец трубки выступал из заднего

прохода на 10—15 см. Трубку оставляют на 20—30 мин, реже на более длительное время. Процедуру можно повторить через 3—4 ч. Газоотводную трубку тщательно, моют теплой водой с мылом, вытирают и стерилизуют кипячением.

Промывание желудка. Используется с лечебной или диагностической целью, а также для удаления из желудка недоброкачественной пищи, попавших в организм ребенка ядохимикатов, лекарственных средств, токсинов бактериального и растительного происхождения. /Для процедуры необходимы желудочный зонд с двумя отверстиями на боковых стенках и воронка (заранее простерилизованные кипячением), а также таз. Для промывания желудка у детей старшего возраста можно применять толстый зонд длиной 70—100 см и диаметром 3—5 мм. Для ориентировочного определения длины зонда, вводимого в желудок, у ребенка измеряют расстояние от переносицы до пупка. Для более точного определения длины зонда, равной расстоянию от зубов до входа в желудок, применяют формулу: $20 + n$, где n — возраст ребенка.

Положение детей во время промывания желудка зависит от возраста, а в ряде случаев и тяжести состояния больного. Детей младшего (грудного) возраста чаще всего укладывают на бок со слегка повернутым вниз лицом. Ребенка дошкольного возраста медицинская сестра или ее помощник берет на руки, обертывает его простыней (пеленкой), йоги ребенка плотно зажимают между своих ног, прижимают его голову к плечу. Другая медицинская сестра просит ребенка открыть рот или раскрывает его шпателем и быстрым движением вводит зонд за корень языка. Просит ребенка сделать несколько глотательных движений, во время которых медицинская сестра без насильственных движений продвигает зонд по пищеводу до предварительно сделанной отметки. Подтверждением того, что зонд находится в желудке, является прекращение рвотных движений. Детей старшего возраста для промывания желудка усаживают на стул, грудь закрывают клеенчатым фартуком или простыней (пеленкой). После введения зонда в желудок к наружному концу его присоединяют стеклянную воронку вместимостью около 500 мл и наполняют приготовленной для промывания жидкостью; водой, 2 % раствором бикарбоната натрия или светло-розовым раствором перманганата калия комнатной температуры. Исполь-

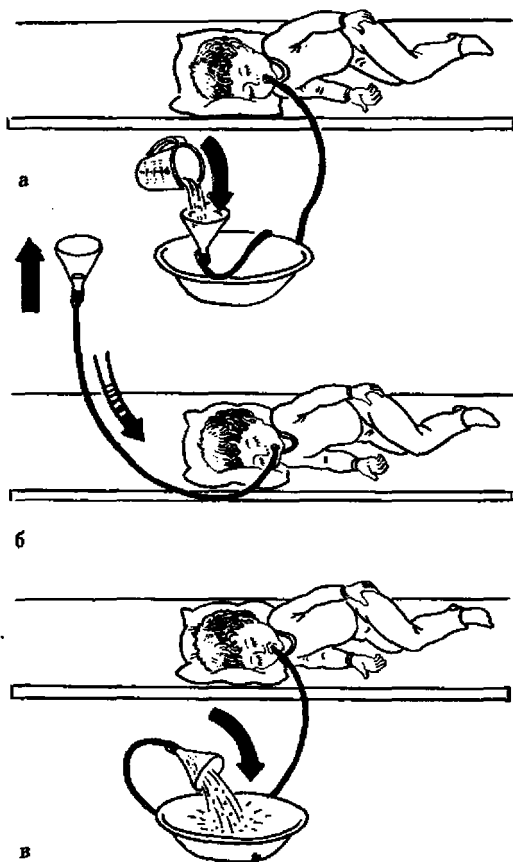


Рис. 60. Промывание желудка.

Объяснение в тексте.

зуя принцип сифона, воронку поднимают вверх и вводят жидкость в желудок (рис. 60, а). Когда жидкость дойдет до горла воронки, последнюю опускают ниже уровня желудка и ждут, пока из зонда через воронку желудочное содержимое выльется в таз (рис. 60, б). Воронку вновь заполняют чистой водой и процедуру повторяют до поступления из желудка чистых промывных вод (рис. 60, в). Детям раннего возраста промывание желудка можно проводить при помощи 20-граммового шприца.

После окончания процедуры снимают воронку и бы-

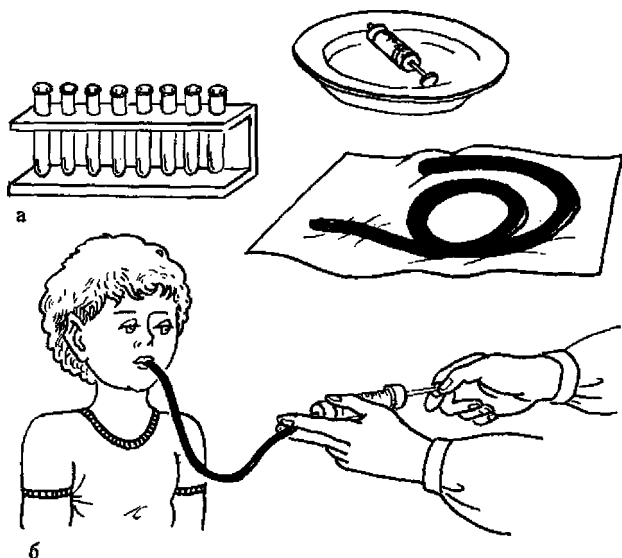


Рис. 61. Взятие желудочного сока,

а - инвентарь: штатив с пробирками, шприц, тонкий зонд; б — положение ребенка во время манипуляции.

стрым движением извлекают зонд. Воронку и зонд промывают сильной струей горячей воды, а затем кипятят 15—20 мин. При необходимости собранные промывные воды сливают в чистую прокипяченную посуду и отправляют для лабораторного исследования. Нередко промывание желудка, особенно при отравлениях, сочетают с промыванием кишечника, т.е. делают сифонную клизму.

Желудочное зондирование (рис. 61). Для зондирования используют тонкие зонды № 10—15 диаметром 3—5 мм и длиной 1,0—1,5 м. Они заканчиваются слепом, а сбоку имеют два отверстия. Техника введения тонкого зонда аналогична введению толстого зонда при промывании желудка. На свободный конец зонда надевают 20-граммовый шприц для отсасывания желудочного содержимого. Процедуру проводят утром натощак. Для стимуляции секреции желудка используют различные пробные завтраки: мясной бульон, 7 % капустный отвар, кофейный завтрак и пр. Наиболее часто применяется гистаминовая проба — подкожное введение 0,1 % раствора гистамина из расчета

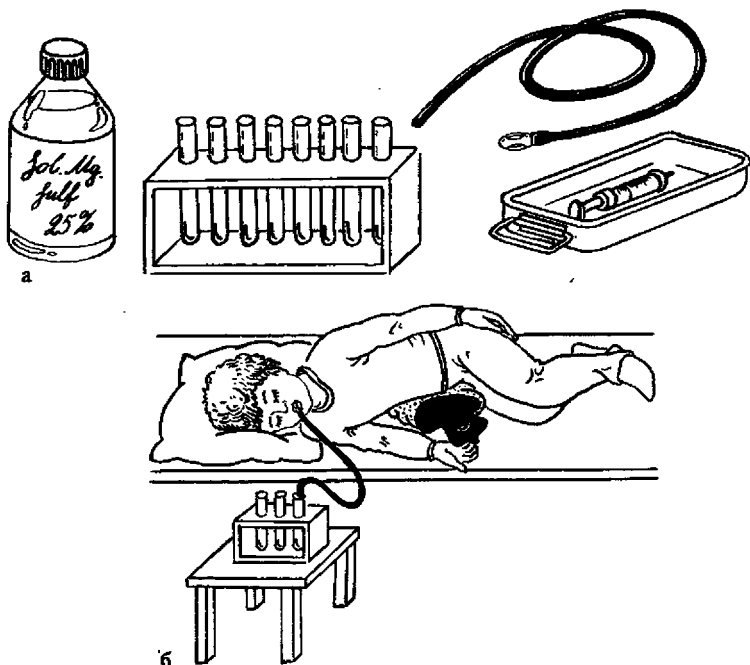


Рис. 62. Дуоденальное зондирование,

а — инвентарь: штатив с пробирками, 25 % раствор сульфата магния, дуоденальный зонд, шприц; б — положение ребенка во время манипуляции.

0,008 мг на 1 кг массы тела. Используются и другие физиологические раздражители: пентагастрин, гисталог.

Дуоденальное зондирование (рис. 62). Для зондирования используют тонкий зонд с металлической оливой на конце и несколькими отверстиями. Исследование проводят утром натощак в процедурном кабинете. В положении больного стоя измеряют с помощью зонда расстояние от резцов до пупка. На зонде делают отметку. Усаживают ребенка на твердый топчан, берут металлическую оливу под III палец правой руки и вводят за корень языка, при этом больной делает несколько глотательных движений и глубоко дышит через нос. При появлении позывов на рвоту ребенок должен губами сжать зонд и глубоко дышать через нос. Пройдя через зев, олива и зонд продвигаются самостоятельно за счет перистальтики пищевода.

После попадания зонда в желудок больного укладывают на правый бок, на валик. Поверх валика необходимо положить завернутую в полотенце горячую грелку. Ноги больного согнуты в коленях.

О месте нахождения зонда судят по полученному содержимому. При нахождении зонда в желудке выделяется прозрачный или слегка мутный сок. Для получения желчи больной медленно и постепенно заглатывает зонд до отметки. Через 30—60 мин появляется желчь, о чем свидетельствует изменение цвета выделяемого содержимого. Различают несколько порций, получаемых при дуоденальном зондировании.

Порция I (А) является содержимым двенадцатиперстной кишки, светло-желтого цвета, прозрачная, имеет щелочную реакцию. Порция II (В) появляется после введения раздражителя (20—50 мл 25 % раствора сульфата магния или ксилита) для расслабления сфинктера общего желчного протока; жидкость из желчного пузыря прозрачная, темно-коричневого цвета. Порция III (С) появляется после полного опорожнения желчного пузыря, представляет собой светлую желчь, поступающую из желчных протоков; она светло-лимонного цвета, прозрачная, без примесей.

Дуоденальное зондирование в среднем продолжается 2—2 $\frac{1}{2}$ ч. После получения всех трех порций зонд осторожно извлекают.

Терапевтический тюбаж — это лечение минеральной водой в сочетании с тепловым воздействием на область печени. Он уменьшает вязкость желчи и улучшает ее отток, стабилизирует синтез желчных кислот, нарушает процесс образования желчных камней.

Для выполнения процедуры требуются минеральная вода и грелка. Минеральная вода средней минерализации — боржом, эссентуки-4, смирновская, славяновская в стеклянных (не пластиковых!) бутылках. Заранее с вечера бутылку открывают, чтобы удалить газ. Перед процедурой воду подогревают в водяной бане до температуры 35—45 °С. Детям до 7 лет достаточно половины стакана (но не менее 50 мл воды), более старшим — целый стакан.

Грелка может быть водной и электрической. Главное, чтобы тепло было ровным и приятным. Горячую грелку обертывают полотенцем.

Тюбаж выполняют утром натощак, когда ребенок уже проснулся, но не встал с постели. Он должен выпить

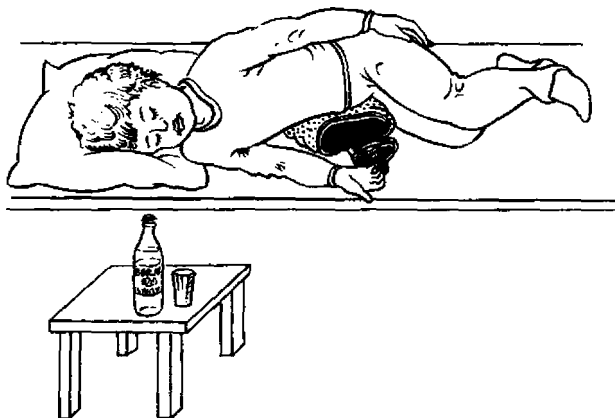


Рис. 63. Терапевтический тьюбаж.

теплую минеральную воду и лечь на правый бок (рис. 63). Ноги либо согнуты в коленях, либо находятся в более высоком положении (под них подкладывают одеяло). Подушка под головой плоская. Грелку укладывают в область правого подреберья на 40—60 мин.

Иногда по рекомендации врача в минеральную воду добавляют мед, различные соли, сернокислую магнезию, сорбит, ксилит.

Катетеризация мочевого пузыря. Введение катетера в мочевой пузырь производится с целью выведения из него мочи при отсутствии самостоятельного мочеиспускания, промывания и введения лекарственных средств, получения мочи непосредственно из мочевыводящих путей.

Катетеризацию производят мягким катетером, который представляет собой трубку длиной 25—30 см и диаметром до 10 мм. В зависимости от величины катетеры делятся по номерам (от № 1 до 30). Верхний конец катетера закругленный, на боковой поверхности — овальное отверстие. Наружный конец катетера косо срезан или воронкообразно расширен, чтобы вставлять наконечник шприца для введения лекарственных растворов и промывания мочевого пузыря.

Перед использованием катетеры кипятят в течение 10—15 мин. После употребления их тщательно моют водой с мылом, протирают мягкой тряпкой. Хранят катетеры в

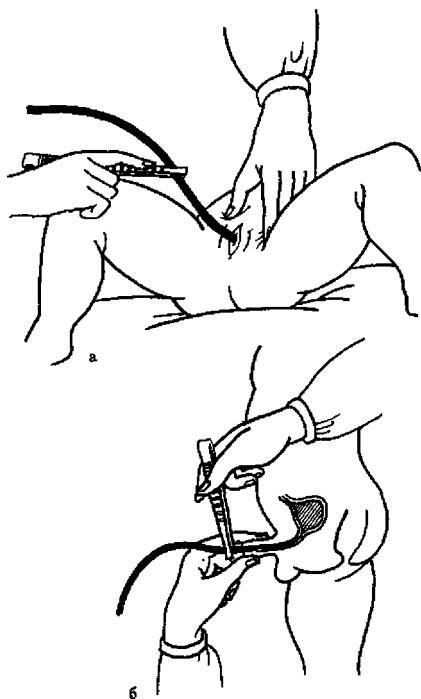


Рис. 64. Катетеризация мочевого пузыря у девочки (а) и мальчика (б).

эмалированной или стеклянной посуде с крышкой, обычно наполненной 2 % раствором карболовой кислоты.

Перед процедурой медицинская сестра моет руки с мылом, ногтевые фаланги протирает спиртом и йодом.

Девочек предварительно подмывают. Для проведения катетеризации мочевого пузыря медицинская сестра становится немного справа от ребенка. Ребенка кладут на пеленальный стол. Левой рукой медицинская сестра раздвигает половые губы, правой рукой сверху вниз протирает ватой, смоченной дезинфицирующим раствором (фурацилин), наружные половые органы и отверстие мочеиспускательного канала. Катетер берут пинцетом, верхний конец обливают стерильным вазелиновым маслом, вводят катетер в наружное отверстие мочеиспускательного канала и медленно продвигают вперед (рис. 64, а). Появление мочи из катетера указывает на нахождение его в мочевом

пузыре. Наружный конец катетера располагают ниже уровня мочевого пузыря, поэтому, согласно закону сообщающихся сосудов, моча свободно вытекает наружу; когда моча перестает самостоятельно выделяться, катетер медленно выводят.

Введение катетера мальчикам технически труднее, так как мочеиспускательный канал у них длиннее и образует два физиологических сужения. Больной во время катетеризации лежит на спине со слегка согнутыми в коленях ногами, между стопами помещают мочеприемник. Медицинская сестра берет в левую руку половой член, головку которого тщательно протирает ватой, смоченной раствором фурацилина. Правой рукой берет политый стерильным вазелиновым маслом или глицерином катетер и медленно с небольшим усилием вводит его в мочеиспускательный канал (рис. 64, б).

Глава 24

ТЕХНИКА ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Наибольшее значение в детской практике имеет энтеральный способ, включающий оральный и ректальный. Кроме того, без нарушения целостности кожных покровов лекарственные средства могут быть введены в организм с помощью ингаляций, электрофореза, путем нанесения на кожу и слизистые оболочки.

Введение лекарственных средств через рот. Дети получают лекарственные средства через рот в виде таблеток, порошков, капсул, растворов, эмульсий и др. Сложности приема лекарственных средств через рот заключаются в возможной агоицательной реакции ребенка, наличии лекарственных средств с неприятным запахом или вкусом, большим размером таблеток или драже. Лучше всего дети принимают лекарственные средства через рот в растворе или суспензии; при приеме препаратов в сухой форме приходится их размельчать и разбавлять молоком или сиропом.

Нельзя смешивать несколько лекарственных препаратов в одной ложке.

Детям грудного возраста всю назначенную дозу жидкого лекарственного средства лучше вводить не сразу, а по частям, в нескольких ложечках, соблюдая осторожность, чтобы не разлить.

Дозу вводимого лекарственного средства определяет врач. Различают дозы, назначаемые на один прием — разовые, в течение суток — суточные, на курс лечения — курсовые. Лекарственное средство назначают из расчета на 1 кг массы тела или на 1 м² поверхности тела, на 1 год жизни ребенка. Для исключения возможных ошибок и передозировки необходимо знать примерный расчет разовых дозировок лекарственных средств для детей в зависимости от возраста: до одного года — $V_{12} - VM$ Лозы; 1 год — Y_{12} ; 2 года — Y_8 ; 4 года — Y_6 ; 6 лет — y_4 ; 7 лет — Y_3 ; 12–14 лет — y_2 ; 15–16 лет — Y_4 дозы взрослого.

Ректальное введение свечей. Техника введения свечей в прямую кишку у детей принципиально не отличается от таковой у взрослых. Свечу с лекарственным средством вводят в прямую кишку обычно утром (после самостоятельного опорожнения кишечника или после очистительной клизмы) или на ночь. Перед применением свечи ледует смочить ее водой комнатной температуры, что облегчает введение и дальнейшее рассасывание. После введения свечи ребенок должен полежать на боку 20 мин.

Ингаляции. В педиатрической практике широко применяют лечение вдыханием распыленных в воздухе жидких [твердых лекарственных средств. Различают ингаляции [аровые, тепловлажные, масляные, аэрозоли лекарственных средств. Ингаляции вызывают прежде всего местное юздействие на слизистые оболочки дыхательных путей, гричем эффект во многом определяется степенью дисперсности (размельчения) аэрозолей.

Ингаляции проводят аэрозольными ингаляторами АИ-1, АИ-2), паровыми ингаляторами (ИП-2), универсальными ингаляторами, рассчитанными на проведение еповлажных ингаляций растворами жидких и порошко- >бразных веществ ("Аэрозоль У-1", "Аэрозоль У-2"), ульт- швуковыми аэрозольными аппаратами (УЗИ-1, УЗИ-3, *ИЗИ-4*, "Туман" и др.), электроаэрозольными аппаратами "Электроаэрозоль-Г, ГЭИ-1). При помощи аэрозольных гнгаляторов можно проводить ингаляции лекарственных :редств, щелочных растворов, масел, настоев трав. Паро- юй ингалятор снабжен теплорегулятором для подогрева врозолей до температуры тела. В ультразвуковых ингаля- торах размельчение лекарственного средства осуществля-

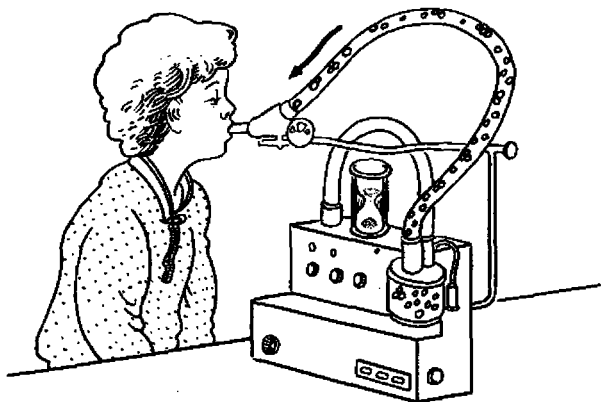


Рис. 65. Ультразвуковая ингаляция.

ется ультразвуковыми колебаниями, регулируются поток воздуха (от 2 до 20 л/мин), температура аэрозоля (от 33 до 38 °С). Выбор лекарственного средства для ингаляций определяется медицинскими показаниями, а сами ингаляции проводятся в специально оборудованном помещении.

Налаживают систему ингалятора, больного ребенка заворачивают в одеяло и держат на коленях, приставив к области рта и носа мундштук распылителя. Крик ребенка не является помехой для проведения процедуры, наоборот, во время крика ребенок глубже вдыхает аэрозоль. Дети старшего возраста обхватывают мундштук распылителя губами и вдыхают лекарственную смесь. Способ ультразвуковой ингаляции показан на рис. 65. Продолжительность ингаляции 5—10 мин. После ингаляции мундштук промывают и стерилизуют. Лучше использовать одноразовые мундштуки.

Применение аэрозолей осуществляется также с помощью портативных ингаляторов, позволяющих вводить в дыхательные пути бронходилататоры типа "Атровент", "Беродуал", "Беротек", "Дитэк", "Вснтолин". Для маленьких детей, больных астмой, ингалятор можно сделать с помощью обычного пластмассового стаканчика. При проведении ингаляций рот и нос закрывают раструбом, флакон с лекарственным веществом располагают строго перпендикулярно, дном вверх (рис. 66).

Детям бывает трудно правильно выполнять все рекомендации по использованию ингалятора. В результате раз-

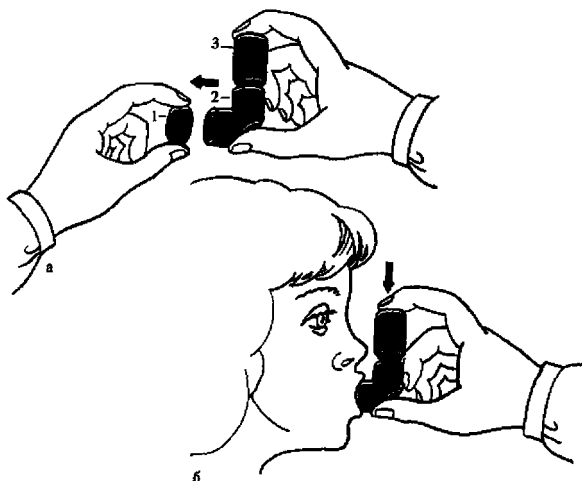


Рис. 66. Применение портативного ингалятора,
 а — общий вид ингалятора: 1 — заслонка; 2 — ингалятор; 3 — резервуар;
 б — ингалятор в действии.

ных ошибок лекарство не попадает глубоко в дыхательные пути, и ожидаемого улучшения дыхания не наступает. Для удобства доставки лекарств в дыхательные пути разработаны различные средства. В частности, используется пластиковая трубка с насадкой для ингалятора и мундштуком для рта (спейсер). Лекарство впрыскивается в спейсер из ингалятора, а затем постепенно вдыхается ребенком. Спейсер обязательно должен использоваться для введения бронхорасширяющих препаратов (сальбутамол), а также ингаляции кортикостероидов (рис.67).

Преимущества использования спейсера заключаются в следующем:

- нет раздражающего действия на дыхательные пути;
- упрощается техника ингаляции, так как отпадает необходимость синхронизировать вдох с моментом введения препарата, что детям выполнять особенно сложно;
- меньше лекарства задерживается в полости рта и глотке;
- лекарство значительно глубже проникает в дыхательные пути, чем без использования спейсера.

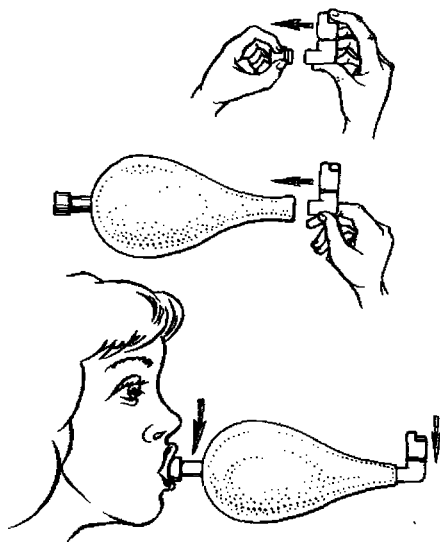


Рис. 67. Последовательность использования спейсера.

Существуют ингаляторы для порошковых форм лекарств. Их применение имеет ряд преимуществ, так как отсутствуют вещества-носители (пропеллентные газы, фреон), которые могут раздражать слизистые оболочки; таким путем могут быть введены большие количества лекарства; возможен строгий контроль количества принятых доз препарата, тем самым предотвращается передозировка. Наибольшее распространение получили ингаляторы трех типов: "Дискхалер" (рис. 68), "Инхалер" (рис. 69) и "Спинхалер".

Для "Дискхалера" используют лекарства, помещенные в диски (вентолин, фликсотид), для "Инхалера" — капсулы (формотерол и др.). Распылитель типа "Спинхалера"

предназначен для вдыхания интала (кромолин-натрия), выпускаемого в капсулах. Капсула, содержащая порошок, вставляется в пропеллер, желтым концом вниз. Очень важна техника ингаляции. Она требует от ребенка активного форсированного



Рис. 68. «Дискхалер».

вдоха через "Стшнхалер" и короткой задержки воздуха перед выдохом. Необходимое требование — производить вдох с запрокинутой головой, так как в противном случае до 90 % лекарственного препарата остается в глотке.

Правила применения "Спинхалера" следующие:

1. Сделать глубокий выдох.
2. Слегка запрокинуть голову назад.
3. Плотно обхватить губами мундштук ингалятора и сделать глубокий резкий вдох.
4. Задержать дыхание на 10 с.
5. Для того чтобы капсула была полностью опорожнена, нужно вдохнуть, как описано в пунктах 1—4, до 4 раз.
6. После ингаляции надо осмотреть полость рта ребенка. Если на языке и слизистой оболочке рта осело много порошка, значит, были ошибки при ингаляции (слабый вдох, не запрокинута голова назад, "Спинхалер" забит порошком и требует очистки).

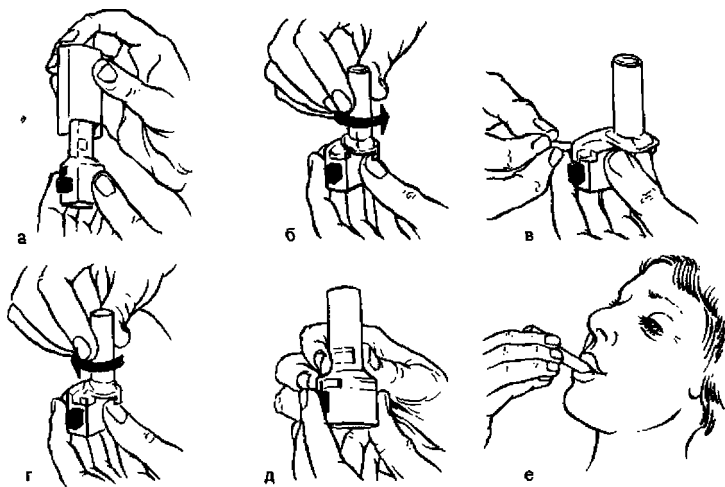


Рис. 69. Применение «Инхалера».

а — снятие колпачка; б — поворот мундштука (открытие контейнера); в — заправка капсулы; г — обратный поворот мундштука (заккрытие контейнера); д — нажатие на кнопку для освобождения порошка из капсулы; е — «Инхалер» в действии.

Эффект при применении интала как антиаллергического средства появляется только при соблюдении всех правил ингалирования лекарственного вещества.

Лекарственный электрофорез. Метод предусматривает введение лекарственного средства с помощью постоянного электрического тока малой силы. Используются аппараты для гальванизации типа "Поток". Врач определяет методику лекарственного электрофореза (локализация электродов, наименование и концентрация лекарственного средства). Медицинская сестра осуществляет проведение процедуры (смачивает прокладки лекарственным раствором, накладывает электроды, следит за правильной полярностью электродов, силой тока), контролирует поведение ребенка во время процедуры. Продолжительность процедуры 10—20 мин в зависимости от возраста. После окончания процедуры на месте расположения электродов должно быть равномерное сплошное легкое покраснение кожи. Ребенку после процедуры необходим 30-минутный отдых.

Введение лекарственных средств через кожу и слизистые оболочки. Используются различные методики: втирание, смазывание, мазевые повязки, влажновысыхающие повязки, введение лекарственных средств в нос, ухо, конъюнктивный мешок.

Втирание лекарственных средств производится обычно в здоровую кожу, но при таких кожных заболеваниях, как чесотка, гнездная алопеция (облысение) и др., втирание возможно в пораженные участки кожи. При втирании лекарственного средства в области волосистой части головы волосы предварительно выбривают.

Техника втирания заключается в следующем: перед началом процедуры тщательно моют руки с мылом, небольшое количество лекарственного вещества наносят на кожу, равномерно распределяют по поверхности, затем круговыми и продольными движениями пальцев вещество втирают до появления ощущения сухой поверхности кожи.

Смазывание — нанесение на пораженные участки кожи мази, пасты, болтушки. Мазь наносят на кожу при помощи шпателя или марлевым тампоном и аккуратно распределяют равномерным слоем. Так же наносится на кожу паста. При нанесении пасты на волосистую часть кожи волосы предварительно сбривают. Перед смазыванием болтушку необходимо взбалтывать. Лекарственную

взвесь наносят на пораженные участки кожи ватным или марлевым тампоном.

Мазевые повязки накладывают при необходимости длительного воздействия лекарственного средства. Небольшое количество мази наносят на марлевую салфетку или непосредственно на пораженный участок, марлевую салфетку покрывают компрессной бумагой, потом ватой. Затем повязку плотно фиксируют бинтом.

Влажновысыхающие повязки применяют у детей при островоспалительных заболеваниях кожи, сопровождающихся мокнутием (экзема и др.). Стерильные марлевые салфетки, сложенные в 8—10 слоев, смачивают лекарственным раствором, отжимают и накладывают на воспаленный участок кожи, покрывают компрессной бумагой и забинтовывают. Вату обычно не подкладывают, чтобы замедлить скорость высыхания. Если повязка высохла и не отходит самостоятельно от поврежденной кожи, то ее необходимо отмочить тем же лекарственным раствором, который использовался для повязки.

На слизистую оболочку носа лекарственное средство наносится каплями с помощью пипетки. Перед введением капель нос ребенка очищают от слизи и корок: детям раннего возраста при помощи ватного "фитилька", а дети старшего возраста сморкаются, освобождая поочередно правый и левый носовые ходы.

Закапывать капли ребенку удобнее при участии помощника. Помощник (мать) держит ребенка в полулежащем положении, фиксируя руки, а при необходимости и ноги ребенка. Детям старшего возраста капли в нос можно ввести в положении лежа или сидя с запрокинутой головой. Лекарственное средство набирают в пипетку или используют индивидуальный флакон-капельницу (например, "Пиносол"), фиксируют или чуть приподнимают кончик носа ребенка, наклоняют голову набок: при введении лекарственного средства в правый носовой ход наклоняют влево и наоборот. Стараясь не касаться пипеткой слизистой оболочки носа, вводят 2—3 капли лекарственного средства. Оставляют голову ребенка в том же положении на 1—2 мин для равномерного распределения лекарственного средства по слизистой оболочке. Далее в той же последовательности вводят капли в другой носовой ход.

Реже лекарственное средство в нос вводят с помощью инсуффлятора (порошковдуватель). В момент вдвухания

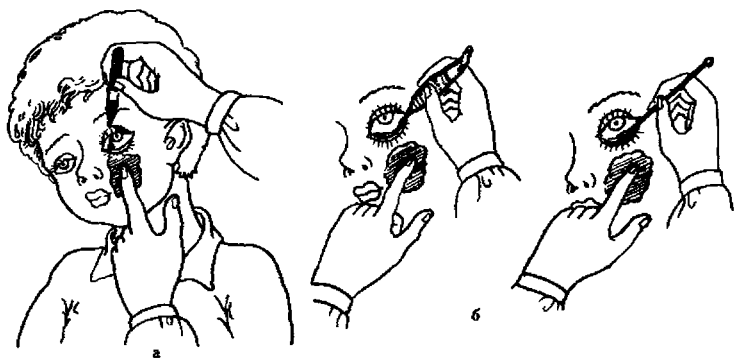


Рис. 70. Закалывание капель в глаз (а) и закладывание мази за веко (б).

необходимо, чтобы ребенок по возможности задержал дыхание.

Перед введением капель в наружный слуховой проход лекарственный раствор предварительно подогревают до температуры тела. Ватным тампоном очищают наружный слуховой проход, укладывают ребенка на бок больным ухом вверх. Капли закапывают после выпрямления наружного слухового прохода, для чего у ребенка раннего возраста левой рукой ушную раковину оттягивают немного книзу, у старших детей — книзу и в сторону. Вводят обычно 5—6 капель лекарственного раствора. После закапывания положение больного необходимо сохранить в течение 10—20 мин.

Капли в конъюнктивальный мешок глаза чаще назначают новорожденным и детям грудного возраста. Пипетку перед употреблением необходимо вымыть и простерилизовать кипячением. Нужно следить, чтобы лекарственный раствор, набранный в стеклянный конец пипетки, не попал в резиновый баллончик. Пипетку при заполнении следует держать строго вертикально. Лево́й рукой медицинская сестра оттягивает нижнее веко или, если ребенок рефлекторно сжал веки, раздвигает их. Право́й рукой, надавливая на резиновый баллончик, вводят в конъюнктивальный мешок 1—2 капли лекарственного раствора (рис. 70, а). Нередко закапать капли в глаза можно лишь при участии помощника, который удерживает голову ребенка в необходимом положении, фиксирует руки и ноги.

При воспалительных заболеваниях конъюнктивы назначают закладывание мази в конъюнктивальный мешок. Мазь можно ввести непосредственно из тюбика или с помощью специальной стеклянной палочки, один конец которой уплощен в виде лопатки (рис. 70, б). Перед использованием стеклянную палочку стерилизуют кипячением. Ребенка раннего возраста помогает фиксировать помощник. Стеклянной палочкой берут небольшое количество (с небольшую горошину) глазной мази и вводят в наружный угол конъюнктивального мешка, а при заболеваниях век накладывают на больной участок. После этого глаза ребенку закрывают и слегка массируют веки.

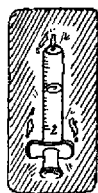
Глава 25

ТЕХНИКА ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

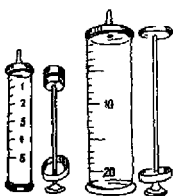
Парентеральное введение лекарственных средств осуществляется путем инъекций, для чего используются шприцы и полые иглы (рис. 71). Шприц состоит из цилиндра и поршня, последний должен плотно прилегать к внутренней поверхности цилиндра, обеспечивая герметичность, но при этом совершенно свободно скользить по поверхности.

В последние годы в медицинской практике используют шприцы для разового применения, сделанные из пластмассы; к каждому такому шприцу прилагается 1—2 иглы. Они находятся в специальной упаковке, стерильны и готовы к использованию. Использование одноразовых шприцев — эффективный способ предупреждения заражения вирусным сывороточным гепатитом и ВИЧ-инфекцией

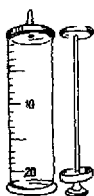
В практике детских лечебно-профилактических учреждений используются преимущественно одноразовые шприцы, но в отдельных случаях возникает необходимость применения шприцев многоразового пользования. Используют шприц "Рекорд", у которого цилиндр стеклянный с металлическими наконечниками, поршень металлический. У комбинированного шприца металлический наконечник имеется только с одной стороны. Инсулиновый шприц предназначен для введения небольших



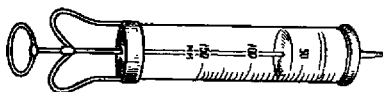
а



б



в



г

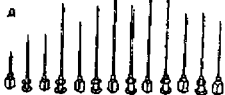


рис. 71. Виды шприцев.
а — одноразовый; б — "Рекорд"; в —
комбинированный; г — шприц Жане;
д — набор игл к шприцам.

доз, для этих же целей предназначен шприц-ручка (рис. 72). Шприц Жане емкостью до 150 мл предназначен для введения больших доз лекарственных веществ.

Не допускается повторное использование одноразовых и нестерилизованных многоразовых шприцев.

Полые иглы в зависимости от диаметра бывают 10 калибров. Выбор диаметра иглы зависит от предполагаемого характера инъекции. Внутривенные инъекции делают иглами наименьшего диаметра, для внутривенных инъекций обычно используют иглы большего диа-

метра; промежуточное положение занимают иглы для подкожного и внутримышечного введения. Кроме того, выбор калибра иглы зависит от консистенции лекарственного средства, которое нужно ввести. Для инъекций масляных растворов используют иглы большего диаметра, чем при введении водных растворов и т.д.

Запомните: какое лекарство и сколько его набрать в шприц, с каким интервалом и какие инъекции (подкожные, внутримышечные или внутривенные) назначает лечащий врач.

Место для инъекции выбирается так, чтобы не поранить сосуды, нервы, надкостницу. Инъекции не выполняются в местах поражения кожи гнойничковыми заболеваниями, рубцовых поражений, в гемангиомы и невусы. Перед инъекцией проводят дезинфекцию кожи спиртом или 5 % йодной настойкой. У детей более концентрированную настойку йода использовать нельзя, так как можно вызвать ожог кожи.

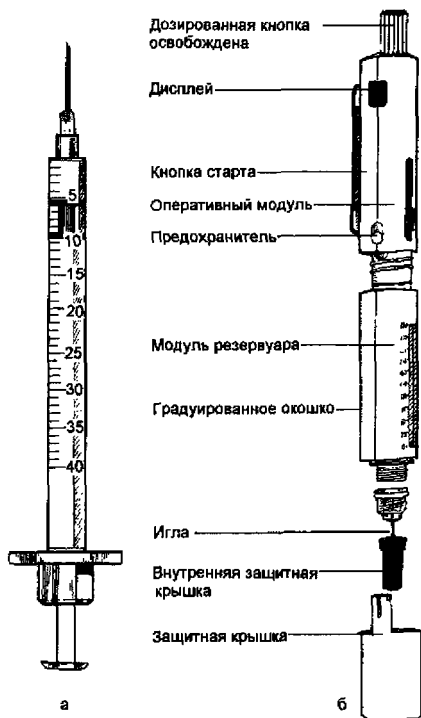


Рис. 72. Инсулиновые шприцы: одноразовый (а), шприц-ручка (б).

Перед сборкой стерильных инструментов медицинская сестра должна обработать свои руки: тщательно вымыть их с мылом, а при наличии царапин, заусениц, "болячек" продезинфицировать спиртом. Недопустимо наличие на руках колец, браслетов; рукава халата предварительно засучивают до середины предплечий.

Перед тем как сделать укол,

- убедитесь, что в ампуле то лекарство, которое необходимо;
- посмотрите, не истек ли срок годности, цела ли упаковка, обратите внимание на дозу и концентрацию, выраженную в процентах;
- перед употреблением крышку флакона или ампулу протрите этиловым спиртом, им же обработайте вымытые с мылом руки.

Иглы, используемые для набирания в шприц содержимого ампулы, для прокола резиновой пробки флакона, нельзя использовать для инъекций. Для инъекций пользуются другой иглой. При наборе лекарственного средства в шприц каждый раз предварительно внимательно изучают этикетку, чтобы не допустить никаких ошибок.

Перед инъекцией необходимо удалить из шприца воздух. Для этого надо повернуть шприц иглой вверх, причем воздух собирается над жидкостью в выходной части цилиндра, откуда его движением поршня вытесняют через иглу. Обычно при этом выдавливается и некоторое количество лекарственного средства. Поэтому в шприц рекомендуется набирать несколько большее количество лекарственного средства, чем это необходимо для инъекции.

При мытье шприцев и игл используют растворы, содержащие пероксид водорода в комплексе с моющими средствами ("Новость", "Прогресс", "Сульфанол"), взятыми в соотношении 1:1. Для приготовления моющего раствора берут 20 мл 30—33 % пергидроля (или 40 мл 1 % раствора пероксида водорода), 975 мл воды (во втором случае 950 мл), 5 г моющего средства (во втором случае 10 г). После разборки шприцы, а также иглы моют и прополаскивают в проточной воде, затем замачивают в течение 15 мин в горячем (50—60 °С) моющем растворе, полностью погружая их, чтобы заполнились полости. После замачивания шприцы и другие инструменты моют в том же растворе ершами или марлевыми тампонами каждый отдельно. Раствор используется один раз. Вымытые шприцы и иглы вновь прополаскивают в проточной воде, затем в дистиллированной. Шприцы и иглы в разобранном виде хранят в сухом месте.

В большинстве больниц работают централизованные стерилизационные для инструментария, в том числе шприцев и игл.

Дети постепенно привыкают к инъекциям. Однако при проведении первого укола следует быть особенно внимательным и чутким и не вызывать у ребенка лишних переживаний. Обманывать ребенка ни в коем случае нельзя. Он должен знать, что ему будет произведен укол и что это больно, но не настолько, как он себе это представляет. Болезнен не только прокол кожи, но и момент введения лекарственного средства, особенно если вводят его бы-

стро. Нельзя затягивать процедуру и в то же время саму инъекцию следует делать без особой торопливости.

В детской практике могут применяться безыгольные инъекторы, не вызывающие болезненных ощущений. Их используют преимущественно при вакцинации, когда требуется вакцинировать большое количество детей в короткие сроки. Ограничение внедрения безыгольных инъекторов в широкую практику связано с трудностями обеспечения безопасности при их использовании, невозможностью введения разнообразных лекарственных средств и тд. Кроме того, при использовании высокоочищенного инсулина введение инсулина осуществляется с помощью шприца-авторучки со стерильной микроиглой и дозатором.

Внутрикожные инъекции. При внутрикожной инъекции лекарственное средство вводят в толщу самой кожи, обычно на сгибательной поверхности предплечья или наружной поверхности плеча. Чаще внутрикожную инъекцию делают с целью иммунодиагностики и для определения гидрофильности тканей (проба Мак-Клюра — Олдрича). Для ее проведения внутрикожно вводят 0,2 мл 0,85 % раствора хлорида натрия (изотонический раствор) и следят за временем рассасывания папулы (в норме у детей до 1 года волдырь рассасывается за 15—20 мин, у детей 1—5 лет — за 20—25 мин, у более старших детей — за 40 мин).

Для внутрикожной инъекции выбирают самые тонкие иглы, шприц объемом 1 см³. Место предполагаемой инъекции дезинфицируют спиртом (целесообразно для детей использовать 70 % этиловый спирт). Иглу по отношению к коже устанавливают срезом вверх и вводят ее под острым углом в кожу так, чтобы отверстие иглы исчезло в роговом слое. При правильно проведенной инъекции вводимое вещество образует в коже белесоватое возвышение, так называемую лимонную корочку. По окончании введения раствора иглу удаляют, место прокола протирают спиртом.

Введение инсулина. Ежедневные многократные подкожные инъекции инсулина — неотъемлемая часть жизни детей, страдающих инсулинзависимым диабетом. Наиболее удобны и практичны пластиковые инсулиновые шприцы, упакованные вместе с иглой. Тонкая острая игла практически не травмирует кожу.

Инсулиновые шприцы бывают двух видов, рассчитан-

ные на препарат, содержащий в 1 мл раствора 40 или 100 единиц инсулина. Соответственно этому нанесены деления.

Запомните: обычные одноразовые шприцы не годятся для инъекций инсулина. Только специальные инсулиновые шприцы позволяют набрать заданный объем лекарства. А при инсулинзависимом диабете точная доза — одно из условий успешного лечения.

Техника подкожной инъекции инсулина: при уколе игла должна попасть в подкожную жировую клетчатку. Если сделать инъекцию поверхностно, может образоваться "синяк", небольшое вздутие, лекарство будет всасываться дольше. Если ввести иглу слишком глубоко, инсулин попадет в мышцу. Это не страшно, но может быть больно. Кроме того, из мышечной ткани препарат всасывается быстрее. Особое внимание проявите к подросткам с хорошо развитыми мышцами, когда укол делают в руку или бедро.

В 1983 г. впервые для больных сахарным диабетом был разработан шприц-ручка, значительно облегчающий процедуру введения инсулина. Этот инструмент внешне похож на обычную шариковую ручку, только вместо "пера" у него игла — тонкая, покрытая силиконом, она не травмирует ткани и позволяет делать уколы практически без боли.

Заряжается такая ручка специальным контейнером — картриджем, заполненным раствором человеческого инсулина короткого или пролонгированного действия (какой необходим больному). Этого количества хватает на 4—5 дней, а в ручках нового поколения — даже на 10—12 дней. Причем картриджи имеют цветовую кодировку, позволяющую мгновенно определить тип инсулина, которым они заполнены.

Инсулиновая ручка предельно проста в обращении: надо лишь установить дозу и нажать кнопку. Хранятся такие ручки в обычных условиях при комнатной температуре, так как раствор инсулина, которым заряжают контейнеры, термостабилен. В настоящее время с успехом применяются шприц-ручки фирмы "Ново Нордикс" ("Новопен", "Новопен-3"), фирмы "Хехст Мэрион Руссель" ("Оптипен-Г", "Оптипен-2", "Оптипен-4"), фирмы "Плива" ("Пливапен-1", "Пливапен-2"). Использование

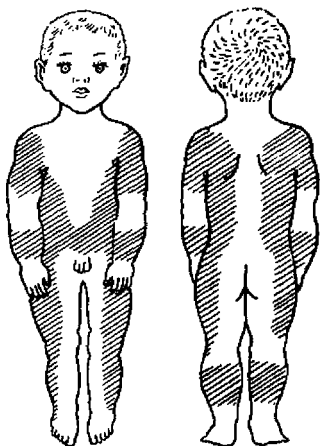


Рис. 73. Участки тела, используемые для подкожных инъекций (заштрихованы).

таких шприц-ручек, оснащенных стерильной иглой, упрощает введение больших доз Инсулина в организм. Комбинации инсулина короткого действия с инсулинами средней продолжительности и длительного действия (базис-болюсный режим) позволяют поддерживать состояние компенсации углеводного обмена в течение длительного времени и уменьшить количество инъекций инсулина в течение дня.

Подкожные инъекции. Для подкожных инъекций используют шприцы объемом от 1 до 10 см³ и иглы различного калибра. Наиболее удобными местами для подкожных инъекций являются наружнозадняя по-

верхность плеча, подлопаточная область, подкожная жировая клетчатка живота или бедер (рис. 73).

Кожу предварительно смазывают спиртом или 5 % йодной настойкой. Держат шприц большим и средним пальцами правой руки, указательным и большим пальцами левой руки захватывают кожу с подкожной жировой клетчаткой в складку, оттягивают ее кверху и навстречу острию иглы. Затем коротким, быстрым движением вкалывают иглу в кожу, продвигая в подкожную жировую клетчатку на глубину 1—2 см. После этого, перехватив шприц левой рукой, правой несколько оттягивают назад поршень для контроля, не появилась ли кровь (если игла находится в сосуде, инъекция не производится). При отсутствии крови лекарственный раствор вводят под кожу. По окончании инъекции шприц извлекают, придерживая иглу пальцем, место инъекции обрабатывают повторно спиртом.

Внутримышечные инъекции. При внутримышечных инъекциях лекарственные средства всасываются быстрее, чем при подкожных, благодаря обилию лимфатических и кровеносных сосудов в мышцах.

Для внутримышечных инъекций обычно выбирают об-

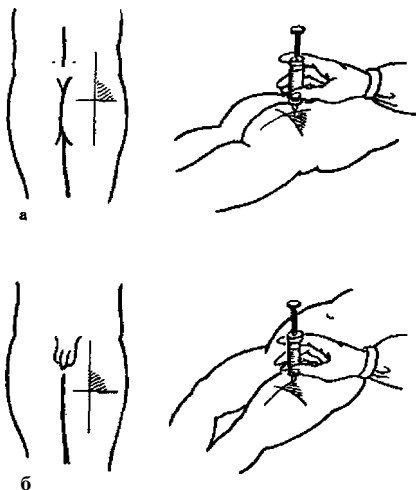
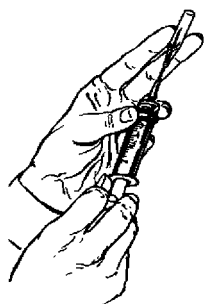
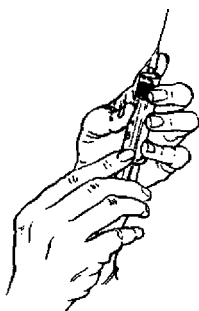


Рис. 74. Внутримышечные инъекции в верхненаружный квадрант ягодицы (а) и передненаружную область бедра (б).

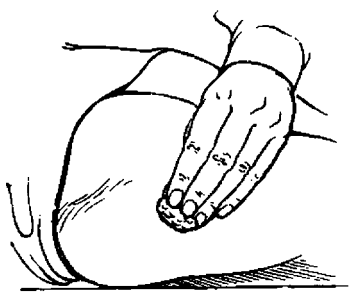
ласть верхненаружного квадранта ягодицы или передненаружную область бедра (рис. 74). Внутримышечная инъекция выполняется по определенным правилам. Пилочкой или наждачным резчиком подпилите узкую часть ампулы и отломите ее. Крышку флакона проколите иглой. Лекарство набирайте медленно, оттягивая поршень. Количество раствора определяют по делениям, нанесенным на стенки цилиндра (рис. 75, а). Иглу, которой набирали лекарство, снимите и наденьте иглу для инъекций. Шприц установите вертикально иглой вверх, из него осторожно удалите воздух до появления на конце иглы нескольких капель (рис. 75, б). Мысленно разделите ягодицу на четыре равные части. Середина крайнего верхнего квадрата и будет зоной, в которую вводят лекарство. Обработайте ее ваткой со спиртом и попросите больного ребенка расслабить мышцы (рис. 75, в). Держите шприц в правой руке (как перо) иглой вниз, перпендикулярно к поверхности тела.левой рукой соберите кожу и мышцы в широкую складку и энергично введите иглу (рис. 75, г). При внутримышечных инъекциях иглу (ее длина 60 мм, диаметр 0,8—1 мм) вводят на глубину 3—4 см. Для предотвращения попадания ее в сосуд чуть-чуть подтяните поршень и после этого вводите лекарственный препарат (рис. 75, д). Иглу извле-



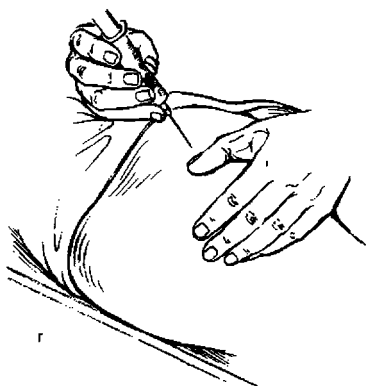
а



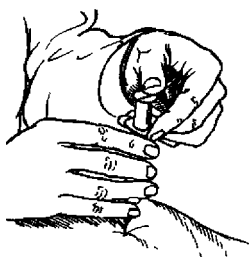
б



в



г



д



е

Рис. 75. Правила выполнения внутримышечной инъекции.
Объяснение в тексте.

ките быстро, одним движением, место инъекции слегка прижмите ваткой, которой обрабатывали кожу перед инъекцией (рис. 75, е). Ни хлопнуть по месту укола, ни массировать его нельзя.

Внутримышечную инъекцию лучше делать, когда больной лежит. Иногда случается, что рука дрогнет, игла войдет в напряженную мышцу или повредит сосуд, не надо паниковать! Следует извлечь иглу, успокоиться, сменить иглу на стерильную и повторить процедуру, вводя иглу рядом, в другое место.

Повторные инъекции, как правило, в одно и то же место не делают.

При внутримышечных инъекциях возможны следующие наиболее частые осложнения:

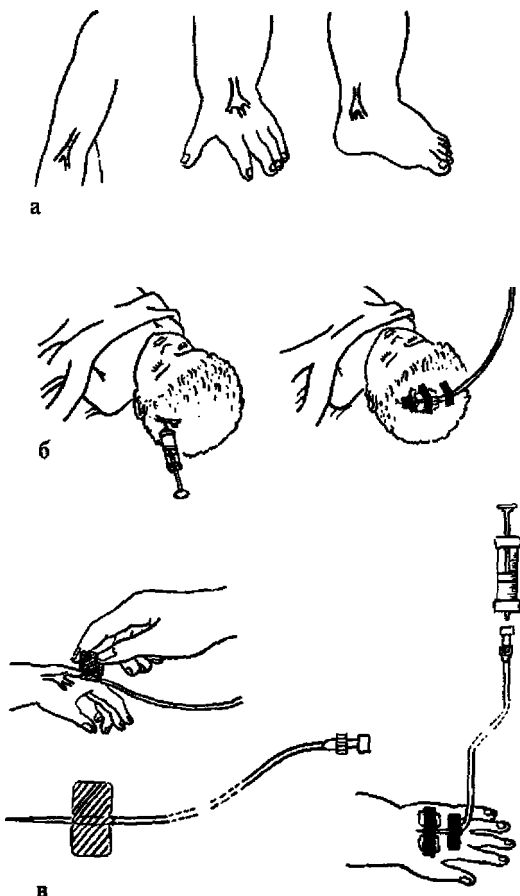
а) образование инфильтратов, что связано с несоблюдением правил асептики. В связи с этим необходимо периодически пальпировать места инъекций и при обнаружении инфильтрата следует без промедления использовать такие методы лечения, как отвлекающие процедуры. Наиболее простые мероприятия — нанесение на кожу в области инфильтрата "йодистой" сетки, наложение полуспиртового компресса, из физиотерапевтических мер — озокеритовые аппликации, электрическое поле УВЧ. Все эти меры направлены на предупреждение развития абсцесса, лечение которого возможно лишь хирургическим путем;

б) может сломаться игла, конец которой остается в ткани. Удаление иглы осуществляется оперативным путем;

в) повреждение нервных стволов в результате неправильного выбора места инъекции.

Внутривенные инъекции и внутривенные капельные вливания (рис. 76, а, б). При внутривенном введении лекарственных средства сразу попадают в общий кровоток и оказывают быстрое воздействие на организм.

Для внутривенных вливаний используют шприцы большой вместимости (10 и 20 см³), иглы большего диаметра, с коротким срезом. Вливания производят в периферические вены. Детям первого года жизни внутривенные инъекции делают в подкожные вены головы, детям более старшего возраста — чаще в локтевые вены, реже в вены кисти или стопы. В вены шеи и подключичные вены внутривенные вливания делают в крайних и исключитель-



в

Рис. 76. Пункция периферических вен.

а — наиболее удобные места для пункции вен; б — пункция вены головы и фиксация иглы; в — пункция вены при помощи иглы типа "бабочка" и фиксация иглы; г — фиксация конечности при венепункции.

ных случаях с соблюдением особой осторожности. Это связано с тем, что давление в шейных венах ниже атмосферного, возникает возможность засасывания воздуха, попадания воздушных пузырьков в кровоток (воздушная эмболия).

Перед внутривенным вливанием тщательно моют руки; положение ребенка обычно лежа на спине. Кожу дезин-

фицируют спиртом. Для лучшего наполнения вены ее рекомендуется пережать выше предполагаемого места инъекции. Это можно сделать пальцем (для лучшего наполнения вены головы у детей раннего возраста) или при помощи наложения жгута (на конечности).

Прокол вены делают иглой без шприца (кроме шейных вен) или иглой, надетой на шприц. Направление иглы — по току крови, под острым углом к поверхности кожи. Прокол кожи производят быстрым движением на небольшую глубину. Затем коротким продвижением иглы вперед прокалывают вену, стараясь не пройти ее противоположную стенку. Затем продвигают иглу по ходу вены. При попадании в вену на наружном конце иглы появляется темная венозная кровь. Отсутствие крови обычно связано с тем, что игла прошла мимо вены. У недоношенных детей и тяжелобольных детей грудного возраста за счет изменения вязкости крови последняя не всегда вытекает из иглы, даже когда игла находится в вене. Для уточнения местонахождения острия иглы в канюлю вводят свернутую в жгутик стерильную вату. Окрашивание жгутика кровью свидетельствует о попадании иглы в вену. Если игла не попала в вену, то ее возвращают назад, не выводя из-под кожи, и повторно делают попытку попасть в просвет вены. При удачной пункции из вены набирают кровь для лабораторного исследования или внутривенно вводят лекарственный раствор.

Введение лекарственных средств в вену (инфузия) осуществляется медленно, учитывая быстрое действие вводимого вещества. Внимательно следят, чтобы вводимое вещество поступало только в вену. Если поршень шприца плохо двигается вперед или в месте инфузии появляется набухание, то значит игла вышла из вены и вещество поступает в окружающие вену ткани. В этом случае инфузию необходимо прекратить и повторить пункцию вены в другом месте. После процедуры иглу быстро выводят из вены параллельно поверхности кожи, чтобы не повредить стенку вены. Место пункции повторно обрабатывают спиртом и накладывают стерильную давящую повязку. При правильно проведенной инъекции кровотечения не должно быть. Внутривенные инъекции делает врач, а медицинская сестра помогает ему.

При проведении венепункции возможны следующие осложнения:

а) гематома, которая образуется при проколе стенки

вены; может быть умеренно болезненна, но быстро рассасывается при наложении давящей повязки;

б) кровотечение из места прокола вены наблюдается при нарушениях свертывания крови; кровотечение обычно быстро останавливается при наложении давящей повязки, реже приходится использовать специальные методы остановки кровотечения;

в) воспаление тканей и образование инфильтратов в месте инъекции, которые наблюдаются в тех случаях, когда лекарственный раствор попадает в окружающие ткани. Быстрому рассасыванию инфильтратов способствует наложение согревающих компрессов.

В целях профилактики осложнений следует особенно внимательно относиться к стерилизации инструментов, обработке рук медицинского работника и кожи больного, а также стерильности вводимых растворов.

Одномоментно струйно можно вводить не более 50 — 300 мл жидкости в зависимости от массы и возраста ребенка. При струйном введении большого количества жидкости может развиваться сердечная недостаточность вследствие перегрузки правых отделов сердца.

Если необходимо ввести значительное количество жидкости, то используют метод капельных вливаний. Пункцию вены производят обычным способом. Иглу соединяют со специальной капельницей, позволяющей регулировать скорость падения капель в раструбе капельницы. В последние годы при капельных вливаниях, особенно рассчитанных на длительное время, используются также иглы "бабочки" и специальные катетеры для внутривенных вливаний (см. рис. 75, в).

Трубки для системы капельного вливания могут быть пластмассовыми и резиновыми. В системе разового пользования специальный кран или струбцина позволяет регулировать скорость вливания (по количеству падающих капель в минуту). Цилиндр с лекарственным раствором подвешивают на особом штативе. Регулирование давления достигается поднятием или опусканием штатива. В капельнице необходимо создать так называемое застойное озеро жидкости. Перед соединением системы с иглой через всю систему пропускают жидкость, затем около канюли зажимают трубку, благодаря чему и образуется "застойное озеро". Перед присоединением системы для ка-

пельного вливания к игле или катетеру нужно проверить, не остался ли в системе воздух.

Для временного прерывания капельного вливания в иглу можно вставить стерильный мандрен или просто пережать катетер. Чтобы сохранить вену для дальнейших вливаний, широко используют канюлю, введенную в катетер (при отсутствии специальных катетеров). На канюлю надевают резиновую трубку длиной 3—4 см, сворачивают ее пополам и завязывают. Создают герметичность и в месте перехода резиновой трубки на канюлю.

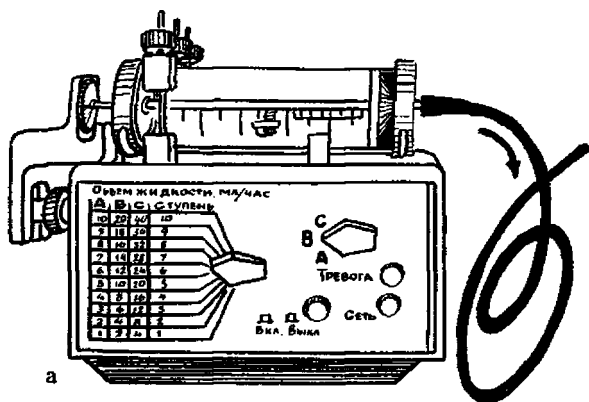
Для сохранения проходимости иглы или катетера (предупреждение свертывания крови) делают так называемый гепариновый замок. Смешивают 1 мл гепарина и 9 мл изотонического раствора хлорида натрия, затем через канюлю или иглу вводят 1 мл смеси и пережимают катетер или вводят в иглу мандрен.

Для капельного введения лекарственных средств требуется время, в связи с чем нужна фиксация конечности и обеспечение длительного ее покоя. Фиксация иглы в вене производится следующим образом: под иглу подкладывают стерильный ватный тампон, а сверху она крепится к коже лейкопластырем. Неподвижность конечности достигается путем ее иммобилизации в лубке или лонгете, иногда кисть фиксируют к кровати (рис. 75, г).

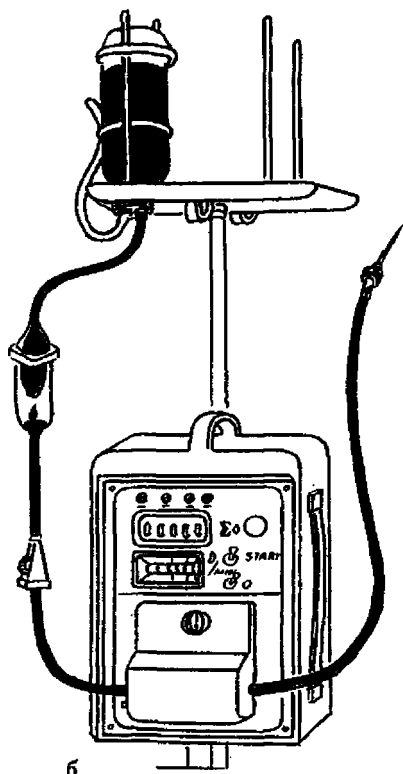
При проведении внутривенных капельных вливаний возможны следующие осложнения:

а) воздушная эмболия возникает при попадании в вену воздуха из шприца или капельницы, особенно в момент струйного введения жидкости. При возникновении пирогенных или аллергических реакций, которые выражаются в ознобе, повышении температуры тела, кожных высыпаниях, появлении тошноты или рвоты, необходимо прекратить дальнейшее введение растворов в вену, сообщить об этом врачу, поскольку требуется проведение специальных мер лечения;

б) развитие флебита, для уменьшения возможности которого необходимо выполнять следующие правила: 1) температура жидкости, вводимой внутривенно, должна быть приравнена к температуре тела больного или по крайней мере соответствовать комнатной температуре; 2) капельницы необходимо ежедневно менять; 3) необходимо соблюдать строгую стерильность; 4) гипертонические



а



б

Рис. 77. Устройства для внутривенного дозированного введения жидкостей,
а — струйного; б — капельного.

растворы вводят через другие вены. При появлении признаков флебита на пораженную область накладывают повязку с мазью Вишневского или гепариновую мазь, капельницу снимают;

в) образование тромбов, которые также могут вызвать воспалительный процесс; при отсутствии противопоказаний с целью профилактики тромбообразования вводят небольшие дозы гепарина. Отмечено, что при скорости введения лекарственного вещества менее 7—8 капель в 1 мин вена быстро тромбируется.

Капельные вливания необходимо производить строго в соответствии с назначением врача. Рекомендуется использовать устройства для внутривенного дозирования введения жидкостей (рис. 77). При их отсутствии сестра постоянно следит за скоростью введения жидкости (по числу капель в 1 мин) и исправным состоянием всей системы в целом.

Длительные капельные вливания при парентеральном питании требуют распределения дозы вводимых веществ на 24 ч.

Глава 26

ПОДГОТОВКА РЕБЕНКА К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМУ И ИНТРАСКОПИЧЕСКОМУ ОБСЛЕДОВАНИЯМ

При наблюдении за ребенком в стационаре, особенно в условиях специализированных отделений, медицинской сестре большое внимание приходится уделять подготовке детей к проведению разнообразных инструментальных обследований, необходимых для постановки точного диагноза и назначения правильного лечения. Наибольшее значение в настоящее время имеют рентгенологический, эндоскопический и ультразвуковой методы исследования.

Рентгенологическое исследование желудка и тонкой кишки. При плановом рентгенологическом исследовании желудка и тонкой кишки за 2—3 дня из диеты исключают продукты, способствующие газообразованию и вызывающие метеоризм: черный хлеб, картофель, бобовые, квашеную капусту, молоко, большое количество фруктов. Нака-

нуне исследования ужин должен быть не позднее 20 ч. Утром в день исследования ребенок не должен пить и есть. Вечером накануне и утром в день исследования (не позднее чем за 2 ч до начала исследования) ставят очистительную клизму. При наличии большого количества газов клизму повторяют за 30 мин перед исследованием. В экстренных случаях (подозрение на кишечную непроходимость, кровотечение и т.п.) подготовка к рентгенологическому исследованию верхних отделов пищеварительного тракта не проводится.

Рентгенологическое исследование пищевода. Подготовка к исследованию аналогична той, которую проводят перед исследованием желудка и тонкой кишки. Для выявления несостоятельности пищеводно-желудочного перехода ребенка обследуют в положении Тренделенбурга, при котором таз расположен выше головы.

Рентгенологическое исследование толстой кишки. Исследование производят спустя 24 ч после введения контрастного вещества через рот. Такой осмотр толстой кишки не требует специальной подготовки. Основным способом исследования является ирригоскопия, когда толстую кишку заполняют бариевой взвесью через прямую кишку. В течение 2—3 дней исключают из рациона продукты, вызывающие газообразование, особенно фрукты, овощи и молоко. Пища должна быть отварной и легкоусвояемой. При наличии упорного метеоризма ребенку дают 3 раза в день настой ромашки, после ужина ставят газоотводную трубку. Накануне ирригоскопии перед обедом больной принимает касторовое масло (от 5 до 15 г в зависимости от возраста), вечером с интервалом в 1 ч ему дважды ставят очистительную клизму. Утром дают легкий завтрак и дважды с перерывом в 30 мин делают очистительные клизмы. При необходимости за 1 ч до исследования вставляют газоотводную трубку.

Рентгенологическое исследование желчевыводящих путей. Исследование желчных путей (холецистография) осуществляется путем введения в организм контрастного вещества и выполнения серии последующих рентгеновских снимков. Различают оральную и внутривенную холецистографии.

При оральной холецистографии ребенок через рот за 12 ч до исследования получает контрастные йодсодержащие вещества ("Холевид", "Йопагност" и др.). На-

кануне больной принимает легкоусвояемую пищу, 3 раза в день — настой ромашки. В клинической практике используются два основных способа приема контрастного вещества: однократный вечерний прием препарата и дробный прием. Последний имеет преимущества. Рекомендуется следующая методика подготовки больного ребенка к исследованию. Накануне исследования, в 16 ч и повторно в 18 ч больному предлагается выпить стакан сладкого чая. С 19 ч 30 мин до 20 ч ребенок принимает по одной таблетке контрастного препарата через каждые 5 мин, запивая ее сладким чаем. После приема всей дозы препарата разрешается питье только воды. Принимать пищу ни вечером, ни утром в день исследования нельзя. На следующий день утром, в 10 ч, медицинская сестра отводит ребенка в рентгенологический кабинет для выполнения рентгенологического исследования. В рентгенологическом кабинете больному дают желчегонный завтрак (2 сырых яйца, сметана), чтобы определить степень сокращения желчного пузыря, проходимость желчных ходов.

Внутривенную холецистографию проводят в случае отсутствия информации при оральной холецистографии, для этого рентгеноконтрастное вещество вводят внутривенно. Накануне исследования проверяют чувствительность больного к контрастному веществу. Появление зуда, сыпи, озноба, головной боли, повышение температуры тела и прочие симптомы свидетельствуют о непереносимости препаратов йода. В этом случае холецистография не проводится. В остальном подготовка аналогична подготовке к оральной холецистографии.

Рентгенологическое исследование мочевыводящей системы. Для рентгенологического исследования почек и мочевых путей внутривенно вводят контрастные йод содержащие вещества. Чувствительность к этим препаратам проверяют внутривенным введением 0,5—1,5 мл вещества накануне исследования.

Медицинская сестра должна наблюдать за возможным появлением побочных реакций, которые заключаются в возникновении чувства жара, головокружения, тошноты, рвоты, сердцебиения, появления крапивницы, и сообщить о них лечащему врачу.

С целью снижения газообразования в кишечнике, которое может помешать исследованию, исключают продукты, содержащие в большом количестве клетчатку, а также

молоко. Вечером и утром за 2 ч до исследования ставят очистительные клизмы. Перед исследованием ребенок должен помочиться. Если при выполнении обзорного снимка в кишечнике определяется большое количество газа, то необходимо повторить очистительную клизму.

Эзофагогастродуоденоскопия. Подготовка ребенка заключается в том, что утром в день исследования нельзя употреблять пищу и пить жидкость. В экстренных случаях, например при желудочно-кишечном кровотечении или попадании инородного тела внутрь, эзофагогастродуоденоскопия проводится без учета приема пищи ребенком. После окончания процедуры прием пищи разрешается через 1—1 $\frac{1}{2}$ ч.

Колонофиброскопия. При плановом исследовании подготовку начинают за 2—3 дня, при этом из питания исключают продукты, способствующие газообразованию. Назначают аглиадиновую диету, состоящую из мяса, рыбы, белкового омлета, риса, гречки. Накануне исследования после обеда дают касторовое масло, вечером дважды с интервалом в 1—1 $\frac{1}{2}$ ч⁴ ставят очистительную клизму. Ужин разрешают детям младшего возраста, страдающим сахарным диабетом и тяжелыми формами нарушенного кишечного всасывания. Утром за 2—2 $\frac{1}{2}$ ч до колонофиброскопии делают очистительную клизму, после которой детям с метеоризмом ставят газоотводную трубку на 10—15 мин. При необходимости по экстренным показаниям в случае желудочно-кишечного кровотечения колонофиброскопию делают без подготовки.

Ректороманоскопия. Подготовка ребенка заключается в применении очистительной клизмы вечером и утром перед исследованием. В случае упорных запоров в течение нескольких дней дают солевые слабительные (15 % раствор сульфата магния по 0,5—1,0 столовой ложки 3 раза в день), ежедневно ставят клизмы.

Лапароскопия. Подготовка ребенка к лапароскопии заключается в проведении предварительного рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта, определении свертываемости крови, протромбинового индекса и времени кровотечения. Накануне вечером ставят очистительную клизму, утром больного не кормят.

Бронхоскопия. Исследование проводится после легкого завтрака, через 2—3 ч или натощак.

После проведения эндоскопических исследований

могут возникать осложнения: обморочное состояние, нежелательные (побочные) реакции на введение анестезирующих веществ, кровотечения. Медицинская сестра должна внимательно следить за состоянием детей и при появлении неблагоприятных симптомов поставить в известность врача.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Подготовка к исследованию осуществляется с целью уменьшения метеоризма и включает двухдневное соблюдение диеты с ограничением продуктов, содержащих значительное количество клетчатки (черный хлеб, сырые овощи и фрукты и пр.), а также молоко. Назначают карболен (от 3 до 5 таблеток в сутки), полифепан ($У_2$ чайной ложки гранул заливают $У_4$ стакана воды), полиферментные препараты. Исследование проводят утром строго натощак. Очистительную клизму ставят по назначению врача, обычно непосредственно в день исследования.

Ультразвуковое исследование органов грудной полости. Специальной подготовки не требуется. Исследование проводят в утреннее время, желательно натощак.

Ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря с микцией. Исследование проводится натощак. Мочевой пузырь должен быть заполнен в начале исследования только до появления первых позывов к мочеиспусканию. Перерастянутый мочевой пузырь нарушает нормальный процесс мочеиспускания и искажает результаты ультразвукового исследования.

Радиоизотопные методы исследования. Проводятся в специализированных отделениях. Методики радиогграфии и динамической сцинтиграфии обычно не требуют специальной подготовки больного. Исследование легких, сердца, печени, почек и других органов обычно проводится утром натощак. Однако при использовании радиофармацевтических препаратов, содержащих некоторое количество свободного ^{131}I , например гиштуруана, рекомендуется до обследования блокировать щитовидную железу приемом 3—5 капель раствора Люголя 3 раза в день в течение 3 дней.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ И САМОКОНТРОЛЯ

К главе 1

1. Закончив осмотр ребенка в приемном отделении, врач поручает медицинской сестре провести регистрацию больного. Какие документы должна заполнить медицинская сестра?

2. В детском отделении выявлен больной ребенок с ветряной оспой. Необходимо перевести его в бокс, находящийся на этом же этаже. Какие меры предосторожности необходимо предпринять?

К главе 3

1. Ребенок 3 лет поступил в стационар с пневмонией. Мать в приемном отделении спросила медицинскую сестру: "Куда передать шприцы одноразового употребления?" Медицинская сестра в резкой форме ответила, что шприцы ребенку не нужны, так как в больнице имеются необходимые лекарственные препараты и инструменты. В чем заключается этико-деонтологическая ошибка медицинского работника?

2. Пятилетний ребенок, впервые попавший в больницу, беспричинно плачет, просится домой. У него вновь появилось заикание, по поводу которого он лечился у врача-логопеда год назад. Что следует предпринять медицинским работникам в этом случае?

3. В отделении находится мать по уходу за трехлетним ребенком. Пытаясь привлечь внимание к своему ребенку и себе, она проявляет грубость и бестактность. Как должны вести себя медицинские работники?

4. Мать больного ребенка обратилась к медицинской сестре с просьбой оценить результаты лабораторных анализов ребенка. Медицинская сестра сказала, что анализы плохие и никакого улучшения нет. На другой день во время обхода лечащего врача мать предъявила к нему претензии по поводу плохого лечения ребенка. Какую ошибку допустила медицинская сестра?

5. Ребенок 12 лет болен острым лейкозом. В настоящее время у него обострение, но самочувствие неплохое. Однажды, раздавая лекарственные препараты, постовая медицинская сестра в присутствии ребенка сказала санитарке: "Отнесите это ребенку с лейкозом". С тех пор ребенок спрашивает, что такое лейкоз? В чем заключалась этико-деонтологическая ошибка медицинской сестры?

6. Заведующий отделением в присутствии родителей, находящихся с больными детьми, делает замечание постовой медицин-

1. Ребенок во время игры получил травму носа. Кровь выделяется из обеих половинок носа частыми каплями. Окажите срочно помощь ребенку с носовым кровотечением.

2. У ребенка, страдающего гемофилией, удален зуб. В течение часа кровотечение из лунки зуба не останавливается. Какие необходимы мероприятия, чтобы остановить кровотечение из лунки зуба?

3. Ребенок в возрасте 10 лет во время игры ударился грудью. Жалуется на боль в груди, при кашле выделяется кровянистая мокрота. В чем должна заключаться доврачебная помощь такому ребенку?

4. Шлугоарагодовалый ребенок, играя с мелкими предметами, засунул в левое ухо шарик. Ребенок беспокоен, плачет, из левого слухового прохода появились кровянистые выделения. Окажите первую доврачебную помощь.

5. Ребенок, спускаясь по лестнице, упал и ударился правым коленом. Жалуется на боль в колене, на ногу не встает. Правый коленный сустав увеличен в объеме, кожа над ним покраснела. Какова доврачебная помощь такому ребенку?

КАЛЕНДАРЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Вид вакцинации	Сроки начала вакцинации	Сроки ревакцинации (возраст в годах)				Примечание
		1-я	2-я	3-я	4-я	
Против туберкулеза	4-7-й день	7 (1-й га.)	11-12 (5-й кл.)	16-17 (10-й кл.)	22-23	Вакцинацию и ревакцинацию проводят однократно
Против полиомиелита	3 мес 4,5 мес 6 мес	До 2	2-3	7-8	15-16	Вакцинацию проводят троекратно с интервалами между прививками 1 У ² мес. Первые две ревакцинации осуществляют двукратно с теми же интервалами. Далее — однократно
Против коклюша, дифтерии и столбняка (АКДС-вакцина)	3 мес 4,5 мес 6 мес	Через 12—18 мес после законченной вакцинации				Вакцинацию проводят троекратно с интервалом в 1 У ² мес, ревакцинацию — однократно

Продолжение

Вид вакцинации	Сроки начала вакцинации	Сроки ревакцинации (возраст в годах)				Примечание
		1-я	2-я	3-я	4-я	
Против дифтерии и столбняка (АДС-М-анатоксин)	9 лет		16-17			Ревакцинацию проводят однократно. Взрослым людям ревакцинацию проводят каждые 10 лет
Против дифтерии (АД-М-анатоксин)	То же		11-12			Ревакцинацию проводят однократно
Против кори	12—15 мес		6—7 (перед школой)			
Против паротитной инфекции	18 мес					

П р и м е ч а н и я . 1. Вакцинацию АКДС-вакциной (АДС-анатоксином) можно делать одновременно с вакцинацией против полиомиелита. 2. Плановую вакцинацию против брюшного тифа, холеры, туляремии, чумы, бруцеллеза и других инфекций проводят проживающим на эндемичных территориях и в соответствии с эпидемиологической обстановкой. 3. Вакцинация против гепатита В проводится среди детей группы риска, в том числе среди новорожденных.

Учебное пособие

*Андрей Владимирович Мазурин,
Анатолий Михайлович Запруднов,
Константин Иванович Григорьев*

ОБЩИЙ УХОД ЗА ДЕТЬМИ

Зав. редакцией ТМОсокина

Научный редактор М.В.Потехина

Художественный редактор Т.С.Тихомирова

Технический редактор Г.Н. Жильцова

Корректор М.П. Молокова

ЛР № 010215 от 29.04.97. Сдано в набор 22.04.98. Подписано к печати 04.06.98. Формат бумаги 84 x 108'/j2- Бумага офс. № 1. Гарнитура Тайме. Печать офсетная. Усл. печ. л. 15,54. Усл. кр.-отт. 31,08. Уч.-изд. л. 15,87. Тираж 15000 экз. Заказ № 833

Ордена Трудового Красного Знамени издательство "Медицина". 101000, Москва, Петроверигский пер., 6/8.

Оригинал-макет изготовлен в АО "ИНПОЛ". 125130, Москва, Старопетровский пр., 11.

Отпечатано с оригинал-макета в ОАО "Можайский полиграфический комбинат". 143000, г. Можайск, ул. Мира, 93

ISBN 5-225-04449-2



9 785225 044497